

**Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa
Idosa**

Relatório de Estágio

**Gestão da dor crónica da pessoa idosa e família num
centro multidisciplinar de dor: intervenção de
enfermagem na consulta para a promoção do cuidado de si**

Ana Margarida Pereira Costa de Almeida

Lisboa

2020



**Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa
Idosa**

Relatório de Estágio

**Gestão da dor crónica da pessoa idosa e família num
centro multidisciplinar de dor: intervenção de
enfermagem na consulta para a promoção do cuidado de si**

Ana Margarida Pereira Costa de Almeida

Orientador: Prof^a. Dra. Idalina Delfina Gomes

**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Sabemos o que somos,
mas ainda não sabemos o que podemos chegar a ser”

William Shakespeare

AGRADECIMENTOS

Ao Nuno,

Pelo apoio e amor incondicional.

Ao Gabriel,

Por me fazer sentir que tudo vale apenas.

A minha família e amigos,

Pelo apoio e encorajamento.

À Professora Doutora Idalina Gomes,

Pela disponibilidade, orientação e motivação para a participação ativa numa enfermagem avançada.

À Enfermeira Madalena Martins,

Pelo profissionalismo e inspiração neste processo.

A toda a equipa do Centro Multidisciplinar de Dor,

Pelo acolhimento, ensinamento, respeito e motivação.

A todas as pessoas idosas e seus familiares,

Pelo carinho e generosidade que tiveram em partilhar as suas vidas e me permitiram também aprender com elas.

À Ana Marta Martinho, Ana Raquel Santos, Andreia Camara, Bruno Verde, João Castanheiro, Luís Cunha, Luísa Conchinha, Márcia Duarte, Marta Pires e Sofia Sousa,

Pelo companheirismo, amizade, motivação e alegria ao longo deste percurso académico.

À Sara Comparada e à Ana Piedade, por me fazerem acreditar sempre que consigo mais e melhor, minhas irmãs de coração.

LISTA DE ABREVIATURA E/OU SIGLAS

AGS - American Geriatrics Society

AINE's - Anti-inflamatórios Não Esteroides

APED - Associação Portuguesa do Estudo da Dor

ASTOR - Associação para o Desenvolvimento da Terapia da Dor

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ABVD – Atividades básica de vida diárias

AIVD – Atividades instrumentais de vida diárias

CMD - Centro Multidisciplinar de Dor

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CT - Consulta telefónica

DGS - Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EMAF - Estimulação Muscular de Alta Frequência

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EU - União Europeia

FBSS - Failed Back Surgery Syndrome

HTA – Hipertensão arterial

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

INE - Instituto Nacional de Estatística

IRD - Inventário Resumido da Dor

MI - Membros Inferiores

MS - Ministério da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

QdV - Qualidade de vida

PNLCD - Plano Nacional da Luta Contra a Dor

PNPCD - Plano Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor

TENS - Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

UC – Unidade Curricular

UI&DE - Unidade de Investigação e Desenvolvimento de Enfermagem

WHO - World Health Organization

RESUMO

Este relatório descreve as atividades realizadas em estágio num centro multidisciplinar de dor de um Hospital Central, em que os objetivos delineados foram: desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente, na gestão do plano terapêutico na dor crónica da pessoa idosa / família seguida na consulta telefónica de enfermagem, promovendo o cuidado de Si; contribuir para o desenvolvimento do projeto implementado no local de estágio em parceria com a UI&DE da ESEL intitulado: “*Consulta Telefónica na unidade de dor: promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa*”. Especificamente, pretendeu-se identificar as dificuldades na gestão do plano terapêutico referidas pela pessoa idosa com dor crónica e família implementando um projeto, inserido do projeto supracitado, “*Gestão da dor crónica da pessoa idosa e família num Centro Multidisciplinar de Dor: Intervenção de Enfermagem na consulta para a Promoção do Cuidado de Si*”.

Para levar a cabo este projeto, optou-se pela metodologia de trabalho de projeto. Os dados foram colhidos através entrevistas semiestruturada as 11 pessoas idosas (≥ 65 anos) admitidas pela primeira vez no centro multidisciplinar de dor de abril de 2017 a dezembro de 2018. Os dados foram analisados de forma qualitativa e quantitativa, através de análise de conteúdo e estática descritiva. Os resultados mostraram como principais dificuldades na gestão do plano terapêutico as alterações mnésicas; dificuldades económicas; biodisponibilidade do medicamento; polimedicação; dificuldade em recorrer ao médico de família; efeitos adversos da medicação; dificuldade em cumprir regime alimentar; descrédito na medicação; seguimento em consultas de diferentes especialidades. Estes mostraram ainda que a consulta telefónica programada constituiu uma estratégia para diminuir as dificuldades referidas.

Conclusão: As dificuldades na gestão do plano terapêutico referidas pelos participantes convergiram com as encontradas na revisão *scoping* realizada. Este projeto de estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências de mestre e enfermeiro especialista especificamente nos cuidados prestados à pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico, baseando-nos no modelo de parceria de Gomes (2016).

Palavras-chave: pessoa idosa; dor crónica; autogestão; plano terapêutico; Cuidado de Si

ABSTRACT

This report describes the activities done in an internship on a multidisciplinary pain center of a Central Hospital, in which the outlined objectives were: develop skills as a specialized nurse and master on the care of the elderly, namely, on the management of the therapeutic plan on the chronic pain of the old person / family accompanied in the nursing consultation done by telephone, promoting the Self-care; contribute to the development of the project implemented on the internship location in partnership with the UI&DE of the ESEL entitled: *“Telephone Consultation on the pain unity: promotion of the Self-care to the elderly with chronic pain at home”*. Specifically, it was intended to identify the difficulties of management of the therapeutic plan reported by the old person with chronic pain and family implementing a project, inserted from the aforementioned project, *“Management of the chronic pain of the elderly and family on a Multidisciplinary Pain Center: Nursing Intervention on the Promotion of Self-care consultation”*.

To carry out this project, we opted for the project work methodology. The data was taken from semi-structured interviews to the 11 elderly (≥ 65 years) admitted for the first time on the multidisciplinary pain center from April of 2017 to December of 2018. The data were surveyed through the content analysis using qualitative and quantitative methods. The results have shown as main difficulties on the management of the therapeutic plan the memory losses; economic difficulties; bioavailability of the medicine; polymedication; difficulty to go to the family's doctor; adverse effects of the medication; difficulty to comply with the dietary plan; disbelief on the medication; following in different specialties consultations. The results showed also that programmed telephone consultations constituted a strategy to diminish the mentioned difficulties.

In conclusion: The difficulties on the management of the therapeutic plan stated by the participants converged with the ones found on the *scoping* revision that was done. This project of internship contributed to the development of specialized nursing skills specifically on the care provided to the elderly with chronic pain and family on the management of the therapeutic plan, based on the partnership of Gomes (2016).

Keywords: elderly; chronic pain; self-management; therapeutic plan; Self-care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1. Envelhecimento e dor crónica	18
1.2. Plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica e família	23
1.3. Barreiras à gestão eficaz do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica e família	26
1.4. O processo de parceria como promotor do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica na gestão do plano terapêutico tendo como recurso a consulta telefónica	28
2. METODOLOGIA	31
3. ATIVIDADES REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	32
3.1. Desenvolver competências como enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na gestão do plano terapêutico na dor crónica da pessoa idosa / família seguida na consulta telefónica de enfermagem de um CMD, promovendo o cuidado de Si	32
3.2. Contribuir para o desenvolvimento do projeto que se encontra em curso no CMD em parceria com a UI&DE da ESEL intitulado: “CT na unidade de dor: promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa”, fomentando o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico, através da CT de enfermagem ou presencial.”.....	40

4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS

DESENVOLVIDAS, CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA E

LIMITAÇÕES DO PROJETO 57

CONCLUSÃO 60

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 64

APÊNDICES 72

Apêndice I – Instrumentos de avaliação da dor 73

**Apêndice II – Escada Analgésica da organização mundial de
saúde 80**

**Apêndice III - Análise SWOT do projeto, objetivos, atividades e
resultados esperados do estágio 83**

Apêndice IV - Revisão *scoping* 87

Apêndice V – Formações externas 100

Apêndice VI – Caracterização do local de estágio 105

Apêndice VII – Estudo de Caso 109

**Apêndice VIII – Guião do modelo de parceria à pessoa idosa
com dor crónica 126**

Apêndice IX – Avaliação multidimensional 130

Apêndice X – Sessão de musicoterapia 146

Apêndice XI – Formação: Dor na pessoa com Demência 148

**Apêndice XII – Parecer da Comissão de ética e Autorização do
conselho de administração para o trabalho de investigação 159**

**Apêndice XIII – Apresentação da divulgação do projeto à
equipe multidisciplinar do CMD 163**

**Apêndice XIV – Dados colhidos durante as consultas de
acolhimento e as CT 168**

Apêndice XV – Guião da entrevista semiestruturada 173

**Apêndice XVI – Consentimento informado para a realização
das entrevistas 178**

Apêndice XVII – Reflexão sobre as entrevistas realizadas no domicílio	181
Apêndice XVIII – Análise de conteúdo de algumas questões da entrevista	186
ANEXOS	198
Anexo I – Consentimento informado para o seguimento da pessoa idosa com dor crónica em CT programada	199
Anexo II – A Script for Nursing Intervention on Elderly People with Chronic Pain by Telephone Consultation	202

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1	Modelo de Parceria de Gomes.....	30
----------	----------------------------------	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Abordagem à dor crónica na pessoa idosa em 6 etapas	25
Quadro 2	Cumprimento do Plano Terapêutico pela pessoa idosa com dor crónica	45
Quadro 3	Dificuldades apresentadas pela pessoa idosa com dor crónica na gestão do plano terapêutico	47
Quadro 4	Estratégias utilizadas pela pessoa idosa para ultrapassar as dificuldades na gestão do plano terapêutico	49
Quadro 5	Como a CT ajudou a ultrapassar as dificuldades na gestão do plano terapêutico	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Recrutamento dos Participantes	41
Gráfico 2	Avaliação da intensidade da dor na pessoa idosa na consulta de acolhimento	42
Gráfico 3	Avaliação da intensidade da dor na pessoa idosa 3 meses após a consulta de acolhimento	43
Gráfico 4	Interferência da dor nas atividades de vida referidas pela pessoa idosa na consulta de acolhimento	43
Gráfico 5	Interferência da dor nas atividades de vida referidas pela pessoa idosa 3 meses após a consulta de acolhimento	43
Gráfico 6	Percentagem de alívio da dor com a medicação e tratamentos instituídos até à 1ª consulta no CMD	44
Gráfico 7	Percentagem de alívio da dor com a medicação e tratamentos instituídos no CMD (após 3 meses da consulta de acolhimento)	44
Gráfico 8	Motivos referenciados pelas pessoas idosas para o incumprimento do plano terapêutico	45

INTRODUÇÃO

No âmbito 9º Curso de Pós-Licenciatura de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, na unidade curricular (UC) Estágio com Relatório, surgiu a oportunidade de realizar um estágio com a duração de 500 horas, que decorreu de 24 setembro de 2018 a 8 fevereiro de 2019. O presente relatório expõe o percurso realizado durante o estágio num Centro Multidisciplinar de Dor (CMD) de um Hospital Central e o projeto aí realizado, intitulado: “*Gestão da dor crónica da pessoa idosa e família num Centro Multidisciplinar de Dor: Intervenção de Enfermagem na consulta para a Promoção do Cuidado de Si*”. O interesse neste tema surgiu após uma aula com a temática *dor crónica na pessoa idosa* (na UC de Enfermagem ao Idoso com Doença Crónica), explanada de forma entusiasmante pela Enfermeira Coordenadora de um CMD, e visto a dor crónica ser um problema comum entre os residentes da residência sénior onde exercemos funções, pareceu-nos que, tanto para o desenvolvimento pessoal como profissional, seria uma oportunidade que não se deveria desperdiçar. Como enfermeira especialista, o foco foi, principalmente, em dois domínios: o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais - pretendendo o desenvolvimento de competências a nível do autoconhecimento e assertividade e baseando a prática clínica em evidência científica; e o domínio da melhoria contínua - pretendendo a melhoria dos cuidados através do desenvolvimento de um projeto inserido na unidade da realização do estágio (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019). Relativamente às competências de mestre foi pretendido que passássemos a sustentar a nossa prática baseada na evidência científica, promovendo o aumento da qualidade dos cuidados e difundindo o nosso saber de forma a modificar comportamentos/attitudes para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável.

A pertinência do estudo da dor crónica na pessoa idosa justifica-se pelo fato de estarmos perante um envelhecimento da população, consequência da baixa natalidade, do aumento da esperança média de vida e, em Portugal, do aumento da emigração, apesar de este ter estagnado nos dois últimos anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2019). Em 15 anos, a União Europeia (EU 28) aumentou os valores da esperança média de vida à nascença em 3,2 anos (em 2017 era de 80,9 anos) e em Portugal esse aumento foi de 4,4 anos (em 2017 era de 81,6 anos) (PORDATA, 2019). O aumento da esperança média de vida fez com que houvesse um aumento das doenças crónicas e da dor crónica na pessoa idosa (Horgas et al., 2016). Estes fatos, segundo Matos et al. (2016), não promovem um envelhecimento ativo e saudável,

como seria desejável. Já em 2010, a Direção Geral de Saúde (DGS) encarou este problema como uma questão de saúde pública.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor [IASP] (2011) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente de dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão. Considera-se dor crónica quando a dor persiste de forma continua, ou intermitente, por mais de três meses para além do tempo necessário para a cura de uma lesão (Cardoso, 2015).

A nível europeu, estima-se que cerca de 20% da população sofra de dor crónica (Rapo-Pykkö et al., 2016). Na pessoa idosa, a dor crónica tem uma expressão elevada, afetando cerca de 50% das que estão na comunidade e, 80% das que estão institucionalizadas (Cheng et al., 2017). No internamento médico hospitalar são referidas 53,5% (Hall, 2016). Azevedo et al. (2012) realizou o único estudo de prevalência da dor crónica em Portugal e constataram que a dor crónica afeta cerca de 37% da população adulta portuguesa, tendo maior prevalência nas pessoas idosas, 20%. No Inquérito Nacional de Saúde de 2014 foi aferido que a dor física aumentava com a idade da população, estando referida por cerca de 50% dos inquiridos dos 65 aos 74 anos, por cerca de 70% dos inquiridos dos 75 aos 84 anos e por cerca de 80% dos inquiridos com 85 ou mais anos (INE, 2016).

A dor crónica na pessoa idosa pode ser multifatorial (DGS, 2017), e a percepção à resposta à dor pode ser influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, motivos pelos quais a sua avaliação deve ser abrangente (Ribeiro, 2013).

Para Matos et al. (2016), a dor crónica na pessoa idosa pode ter consequências a vários níveis, tais como perturbações psicológicas, isolamento social e incapacidade funcional, e Hall (2016) acrescenta que, diminui a capacidade de autocuidado e aumenta a probabilidade de institucionalização. A nível da saúde pública, a DGS (2017), refere que a dor crónica provoca um maior consumo dos cuidados de saúde e, consequentemente, um aumento dos custos em saúde.

Apesar de várias medidas governamentais terem sido implementadas para diminuir o flagelo da dor, como a criação de unidades especializadas no tratamento da dor (DGS, 2001), a equiparação da dor ao 5º sinal vital (DGS, 2003) e o Plano Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (PNPCD) (DGS, 2017), a dor crónica, principalmente na pessoa idosa, continua a ser ainda subdiagnosticada e subtratada (Hall, 2016). Isto porque, muitas vezes, se assume que a dor é uma parte inevitável do processo de envelhecimento e que esta deve ser tolerada (Hall, 2016; Cheng et. al., 2017). Existem ainda muitos mitos, estereótipos e

preconceitos na gestão da dor na pessoa idosa, e estes são partilhados pela pessoa idosa e sua família, pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral (Hall, 2016).

Dorsey & Topol (2016) citado pelo Ministério da Saúde [MS] (2018) refere que uma das formas para apoiar os cuidados às pessoas com doenças crónicas, potenciando a melhoria do acesso aos cuidados de saúde e a redução dos custos, é a *telessaúde*. A possibilidade de uma *teleconsulta* em tempo real, no domicílio, mesmo à distância, permite um conforto e confiança que apoia o *empowerment* da pessoa e promove a sua autonomia na gestão da doença (Bond, 2014, citado por MS, 2018).

Ribeiro (2013) evidencia a consulta telefónica (CT) como uma ferramenta que o enfermeiro pode utilizar para identificar as preocupações que assolam a pessoa com dor, assim como as apoiar, informar e orientar sempre que necessário. Podemos concluir também que, a CT, pode-se constituir como uma mais valia para a pessoa idosa com dor crónica na gestão do seu plano terapêutico, principalmente quando apresenta alguma dificuldade. E, de acordo com Dias et al. (2011) as dificuldades na gestão do plano terapêutico apresentadas pela pessoa idosa podem decorrer de vários fatores: sociais, económicos e culturais; relacionados com os serviços e os profissionais de saúde; relacionados com a doença de base e comorbilidades; relacionados com o tratamento; e relacionados com a pessoa doente.

Como nos evidencia o estudo realizado por Sun et al. (2017), a má gestão do plano terapêutico pela pessoa idosa tem como principais consequências o declínio das atividades básicas de vida diárias (ABVD), o aumento de quedas, a perda ponderal de peso não intencional, a não conformidade medicamentosa e aumento do sofrimento do cuidador informal. Posto isto, é fundamental que sejam criadas condições para que a pessoa idosa faça uma gestão eficaz do seu plano terapêutico, realizando escolhas informadas sobre as suas atitudes e comportamentos em relação à gestão da sua doença.

De acordo com Meleis et al. (2000), a pessoa idosa com dor crónica vivencia um processo de transição saúde/doença que poderá ser único, ou simultâneo, se se associar uma transição de natureza situacional (implicação de alteração de papéis) e/ou uma transição de natureza organizacional (implicação de mudanças sociais e económicas). A família também poderá vivenciar uma situação de transição perante a adaptação a novos papéis. Nestas situações de crise, o enfermeiro deve agir como agente facilitador, constituindo-se como recurso (Gomes, 2016).

Para ultrapassar a fase de transição, a pessoa idosa e família devem consciencializar-se da situação, envolver-se com empenho, e de forma ativa, na sua resolução. A intervenção de enfermagem baseada no modelo de parceria de Gomes (2016), com as suas várias fases

(*revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se, assumir o cuidado de Si/ assegurar o cuidado do Outro*) promove, na pessoa idosa com dor crónica e família, o cuidado de Si, de acordo com o projeto de vida e saúde do próprio, e, para tal, é necessária uma intervenção em parceria com a pessoa idosa. Para que exista realmente parceria nos cuidados, o enfermeiro tem de reconhecer a pessoa como responsável do seu próprio projeto de vida e saúde, mas, também a pessoa tem de reconhecer o seu papel ativo no processo de tratamento, deixando para trás o papel passivo assumido no modelo biomédico (Gomes, 2016). O enfermeiro, assumindo um papel de parceria, potencializará a pessoa idosa com dor crónica a encontrar estratégias de *coping*, que lhe permitirão ultrapassar/suavizar a transição saúde/doença pela qual está a passar. E, por consequência, esta parceria criará um sinergismo para uma gestão mais eficaz do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica e sua família, com o objetivo de promover o cuidado de Si e/ou assumir o cuidado do Outro (Gomes, 2016).

No CMD do local da realização do estágio, verificou-se que cerca de 45% das consultas de 1ª vez, no último semestre de 2018, foram às pessoas idosas. Observou-se que existia uma lacuna entre o plano terapêutico delineado para a pessoa idosa e aquele que na realidade esta realizava. A equipa de enfermagem do CMD desenvolveu um projeto em colaboração com a Unidade de Investigação e Desenvolvimento de Enfermagem (UI&DE) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) intitulado “*CT na unidade de dor: Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa*”, tendo como objetivo geral, promover o cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa, através da CT programada de enfermagem (UI&DE, 2017). A investigadora principal deste projeto é a Sra. Prof. Doutora Idalina Gomes, professora orientadora deste estágio, pelo que o projeto desenvolvido neste estágio está integrado num âmbito mais abrangente. Enquadra-se num projeto de investigação-ação, proporcionando aos enfermeiros investigadores, a oportunidade de trabalhar com os seus clientes (pessoa idosa com dor crónica e família) de forma participativa, visando a descoberta do que pode fazer diferença nas vidas destes, podendo com os resultados da investigação, resolver problemas reais, atuais e que podem beneficiar tanto a Enfermagem como a pessoa idosa com dor crónica e família (Streubert & Carpenter, 2013).

Ao ser realizado o diagnóstico da situação, na UC Opção II do 2º semestre, verificou-se que ressaltava o interesse em perceber quais as dificuldades que a pessoa idosa com dor crónica e família têm na gestão do seu plano terapêutico. O projeto que foi desenvolvido abordou esta temática, enquadrando-se, assim, no projeto existente no CMD, e pretendeu perceber como o enfermeiro pode promover o cuidado de Si/ assumir o cuidado do Outro, na

gestão do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica e família, para que estes pudessem prosseguir com o seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2016).

Para a realização do projeto apresentado neste relatório, a metodologia adotada foi a de projeto, visto que pretende a resolução de um problema, a dificuldade na gestão do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica e família do CMD. A metodologia de projecto prevê, ainda, a aquisição de competências pessoais, pela elaboração e concretização do projecto, interligando a teoria com a prática real (Ruivo et al., 2010). Para isto é necessário o envolvimento de todos os intervenientes, ou seja, da equipa multidisciplinar do CMD, assim como da população alvo, pessoa idosa com dor crónica e família.

Para a concretização do projeto de estágio delinearam-se os seguintes objetivos gerais: desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente, na gestão do plano terapêutico na dor crónica da pessoa idosa / família seguida na CT de enfermagem de um CMD, promovendo o cuidado de Si; contribuir para o desenvolvimento do projeto que se encontra em curso no CMD em parceria com a UI&DE da ESEL intitulado: *“CT na unidade de dor: promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa”*, fomentando o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico, através da CT de enfermagem ou presencial. Especificamente, pretendeu-se identificar as dificuldades na gestão do plano terapêutico referidas pela pessoa idosa com dor crónica e família, incluídas na CT do CMD do hospital em que se concretizou o estágio.

Este relatório encontra-se dividido em capítulos, sendo que: na introdução é apresentada a justificação/pertinência do projeto e os objetivos gerais; o primeiro capítulo é constituído pelo enquadramento teórico que contextualiza a temática e remete para os eixos norteadores que sustentam a intervenção de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica na gestão do seu plano terapêutico; o segundo capítulo aborda a metodologia escolhida para o desenvolvimento do projeto; o terceiro capítulo apresenta, de acordo com os objetivos traçados, a descrição das atividades e aprendizagens realizadas, assim como, os resultados obtidos para o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista e mestre; no quarto capítulo apresenta-se a reflexão sobre as competências que foram desenvolvidas, os fatores que contribuíram para a realização do estágio, bem como as limitações do projeto desenvolvido; na conclusão, apresenta-se a síntese global do projeto e a reflexão acerca do percurso realizado no desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre. As referências bibliográficas são apresentadas de acordo com as normas APA.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo são abordados os pilares conceituais norteadores deste relatório: envelhecimento e dor crónica, plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica e família (que inclui as intervenções para a gestão da dor crónica e as barreiras à gestão eficaz do plano terapêutico da pessoa com dor crónica e família), o processo de parceria como promotor do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica na gestão do plano terapêutico, tendo como recurso a CT.

1.1. Envelhecimento e dor crónica

A evolução nas áreas da medicina e novas tecnologias originou um aumento da esperança média de vida, mas, em paralelo, tem ocorrido, também, uma baixa taxa de natalidade, o que origina um envelhecimento progressivo da populacional mundial (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2005). De acordo com Ferreira (2014), o número de pessoas com 60 ou mais anos deverá mais que triplicar até 2100, passando de 841 milhões, em 2013, para 2 mil milhões, em 2050, e para perto de 3 mil milhões em 2100. Na EU 28, a esperança média de vida à nascença aumentou de 2002 para 2017 de 77,7 para 80,9 anos e em Portugal de 77,4 para 81,6 anos, encontrando-se a média portuguesa acima da média da EU 28 (PORTDATA, 2019). Para Portugal, a emigração foi um fator de peso no envelhecimento da população, apesar de se encontrar mais estagnada nos últimos 2 anos (INE, 2019). A confirmar esta tendência de envelhecimento populacional, os dados fornecidos pelo INE (2019), em 2018, e que por comparação com 2017, em que houve uma diminuição da população jovem, enquanto a população com idade igual ou superior a 65 anos aumentou, representando, respetivamente, 13,7% e 21,8% da população total estimada.

Outro fator que importa salientar é que a população mais idosa (idade igual ou superior a 85 anos) aumentou consideravelmente, correspondendo a 13,8% da população com 65 ou mais anos. As estatísticas também evidenciam uma discrepância entre homens e mulheres acima dos 65 anos - o número de homens é significativamente inferior ao de mulheres, em resultado da maior mortalidade na população masculina: em 2018, no grupo etário dos 65 aos 79 anos, existiam 79,3 homens por cada 100 mulheres e, no grupo etário dos 80 e mais anos, esse valor foi de 55,8 (INE, 2019).

Se, por um lado, podemos considerar que o aumento da esperança média de vida é um fator positivo, que nos demonstra a evolução favorável na área das políticas de saúde e no desenvolvimento socioeconómico do mundo, por outro, traz- -nos também a responsabilidade

de responder às questões de saúde e sociais que daí advêm (OMS, 2005). Com o envelhecimento da população, a prevalência de doenças crónicas tem vindo a aumentar, assim como o índice de dependência, e, especificamente, o índice de dependência de idosos que, em Portugal, entre 2008 e 2018, passou de 27 para 33,9, sendo que se projeta que, em 2080, este valor será de 67,8 pessoas idosa por 100 pessoas potencialmente ativas (INE, 2019). Sequeira (2018a) refere que estamos perante uma conjugação de fatores (envelhecimento demográfico da população; aumento da esperança média de vida; progressos da medicina; dificuldades de apoio informal, pela alteração dos modelos de família), que faz com que a necessidade de cuidados a pessoas idosas dependentes esteja a aumentar de forma exponencial.

Estamos perante um fosso entre os anos vividos, e os anos vividos com saúde, havendo uma diferença considerável na distinção entre homens e mulheres. De acordo com PORDATA (2019), os anos de vida saudável aos 65 anos para homens é de 7,9 e para mulheres de 6,7 anos.

São vários os autores que afirmam que o aumento da prevalência de doenças crónicas está fortemente associado ao aumento da prevalência de dor crónica na pessoa idosa (Gropelli & Sharer, 2013; Horgas et al., 2016; Souza & Barcellos, 2018). Estes fatos não são promotores de um envelhecimento ativo e saudável, conceito para o qual todos deveríamos trabalhar (Matos et al., 2016).

A dor, tal como já foi referido, é uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente de dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (IASP, 2011). É considerada crónica quando esta persiste de forma contínua, ou intermitente, por mais de três meses para além do tempo necessário para a cura de uma lesão (Cardoso, 2015). A dor pode ser vivenciada de formas diferentes, constituindo uma experiência subjetiva, temporal e de causa multidimensional que influencia a QdV da pessoa que a padece e da sua família (Larner, 2014; Horgas et al., 2016; DGS, 2017).

A nível europeu, estima-se que cerca de 20% da população sofra de dor crónica (Rapo-Pykkko et al., 2016). A dor crónica é um problema comum nas pessoas idosas e afeta cerca de 50% destas na comunidade, e 80% das institucionalizadas (Cheng et al., 2017). A nível dos serviços médicos hospitalares, a dor crónica está presente em 53,5% das pessoas idosas internadas (Hall, 2016). Azevedo et al. (2012) realizaram o único estudo de prevalência de dor crónica em Portugal e constataram que a dor crónica afeta 36,7% da população adulta portuguesa, e destes, 20% são pessoas idosas. No Inquérito Nacional de Saúde de 2014 foram inqueridos 4,8 milhões de pessoas com 15 ou mais anos sobre se tinham sofrido dor física nas 4 semanas anteriores à entrevista. Deste inquérito foi aferido que: a dor física aumentava com

a idade da população, foi referida dor física por cerca de 50% dos inquiridos dos 65 aos 74 anos, por cerca de 70% dos inquiridos dos 75 aos 84 anos e por cerca de 80% dos inquiridos com 85 e mais anos (INE, 2016).

A dor crónica, devido às suas características multidimensionais, deixou de ser apenas considerada um sintoma e foi elevada a doença, em 2001, pela European Federation of Pain. É, neste momento, a segunda maior doença presente entre adultos, ultrapassada apenas pela hipertensão arterial (HTA) (INE, 2017). A etiologia da dor crónica pode ser variada e as mais frequentes estão associadas a lesões do foro osteoarticular e musculoesquelético (Azevedo et al., 2012; Matos et al., 2016), neuropatias (Parker et al., 2013; Park et al., 2015; Hall, 2016), procedimentos cirúrgicos (Cheng et al., 2017), nevralgia pós-herpética, síndrome doloroso pós AVC e doença neoplásica (Souza & Barcellos, 2018).

A dor crónica apresenta um processo fisiológico diferente no adulto ou na pessoa idosa (devido ao processo natural de envelhecimento). Arnstein & Herr (2010) referem que a senescência da estrutura neuronal periférica retarda a transdução e a transmissão envolvidas na sinalização da dor, aquando do contacto com o estímulo nociceptivo, e parece deteriorar os mecanismos descendentes inibitórios da dor, especialmente o envolvimento de opióides endógenos. O envelhecimento neste sistema, e a disfunção prolongada provocada pela lesão tecidual, inflamação, ou lesão do nervo na pessoa idosa, podem manifestar-se na diminuição da capacidade para recuperar da hiperalgesia e alodinia, e expõem a pessoa idosa a um risco acrescido para desenvolver dor crónica após situações de doença ou traumatismo (IASP, 2006; Arnstein & Herr, 2010).

A dor crónica na pessoa idosa pode desencadear uma série de complicações, nomeadamente, perturbações psicológicas, isolamento social, compromisso das relações com os outros, incapacidade funcional (Parker et al., 2013; Pimental, 2014; Matos et al., 2016; Jett, 2018), polimedicação¹ e iatrogenias (Souza & Barcellos, 2018), dependência física, reduzida mobilidade, exacerbação de défices cognitivos, o que condiciona a QdV individual e familiar (Alon, 2012; Horgas et al., 2016).

O ano de 2019 foi considerado, pelo IASP, o ano global contra a dor nos mais vulneráveis (IASP, 2017). Segundo este instituto, a pessoa que vivencia dor e sofrimento torna-se mais vulnerável, especialmente se for uma pessoa idosa. No entanto, a idade avançada também pode, por si só, resultar numa maior vulnerabilidade, colocando este segmento populacional em duplo risco.

¹ Polimedicação consiste no uso de cinco ou mais medicamentos, segundo Souza e Barcellos (2018).

Koponen et al. (2013) fala-nos da dor crónica como um possível fator que contribui para a fragilidade, mas a fragilidade também pode contribuir para a dor, sendo uma associação bidirecional, o que, para Parker et al. (2013), pode traduzir-se num aumento do risco de queda e de suicídio. Segundo Hall (2016), a redução na capacidade de autocuidado devido à dor crónica pode resultar em institucionalização. Podemos concluir que a pessoa com dor crónica poderá apresentar um maior risco de fragilidade.

No estudo português de Azevedo et. al. (2012), concluiu-se que a dor condiciona a vida da pessoa em várias dimensões, em especial no desempenho físico, na saúde mental e no funcionamento social. A DGS, em 2017, enfatizando as declarações de 2012, refere que a dor crónica tem consequências socioeconómicas diretas (aumento dos gastos associados à procura de cuidados de saúde e despesas com medicação) e indiretas (baixa produtividade devido ao elevado absentismo laboral e a atribuição de subsídios, inerentes às mesma).

Em Portugal, a nível governamental, várias foram as medidas desenvolvidas para fazer face ao flagelo da dor, considerando o seu impacto negativo na QdV do próprio indivíduo, família e sociedade e reconhecendo-a como um problema de saúde pública. O PNLCD, aprovado em 2001, contribuiu para a valorização e reconhecimento da necessidade de melhorar o tratamento da dor e a criação dos critérios de funcionamento das unidades de tratamento de dor, podendo existir: Consulta de Dor, Unidade Terapêutica de Dor, Unidade Multidisciplinar de Dor e CMD. Estas unidades são diferenciadas de acordo com as suas especificidades, número e diversidade de profissionais integrados, características do espaço físico, tratamento e atendimento realizados (DGS, 2017).

A DGS (2003) seguindo as diretrizes internacionais, constituiu a avaliação da dor como índice de qualidade de cuidados, sendo a dor equiparada ao 5º Sinal Vital, normatizando, assim, um registo da avaliação da dor pelos profissionais de saúde.

Em 2010, a DGS lançou uma circular normativa de *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*, apresentando as diretrizes para conhecimentos de todos dos profissionais de saúde, de um plano de avaliação e tratamento da dor crónica na pessoa idosa.

Uma das últimas diretrizes governamentais foi referente ao Plano Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (PNPCD), em 2017, que se apresenta com margem temporal de três anos e estabelece como metas: melhorar a formação dos profissionais de saúde a nível da avaliação e controlo da dor; e promover modelos de boas práticas a todos os níveis de cuidados e contribuir para a literacia do cidadão em relação à prevenção e controlo da dor (DGS, 2017). Esta directriz de 2017, deu enquadramento à directriz do IASP, que declarou o

ano de 2018 como o ano Global de Excelência em Educação para a Dor.

Mas, apesar de todas as medidas desenvolvidas, a dor crónica na pessoa idosa continua a não ser devidamente abordada (Cardoso, 2015). Considerando a relação existente entre aumento de idade e dor, torna-se claro que a desvalorização da mesma tem forte impacto na QdV dos mais velhos. São vários os autores que reconhecem que o seu diagnóstico e tratamento são, provavelmente, inadequados nas pessoas idosas (Garda, 2007; DGS, 2010; Kopf, 2013; Gropelli & Sharer, 2013, Hall, 2016; Cheng et. al., 2017; IASP, 2017). Tal é mais evidente nos indivíduos pertencentes a grupos minoritários, institucionalizados e com alterações cognitivas (Pimentel, 2014; Jett, 2018).

Para Hall (2016) e Cheng et. al. (2017), isto acontece porque muitas vezes se assume que a dor é uma parte inevitável do processo de envelhecimento e que esta deve ser tolerada. Na verdade, existem mitos culturais e sociais comuns sobre a dor e sua gestão na pessoa idosa que são partilhados pelos profissionais de saúde, bem como o público em geral, que muitas vezes subestimam a extensão da dor sentida por pessoas mais velhas. As explicações para a subvalorização e desadequada gestão da dor na pessoa idosa podem ser agrupadas em três determinantes: individual, profissional e organizacional.

A componente individual relaciona-se com diversos fatores: ideia da própria pessoa idosa de que a dor é inerente ao processo de envelhecimento; preocupação com a criação de um rótulo negativo pelo facto de relatarmos dor; medo da hipotética relação dor - prognóstico de doença; receio dos efeitos adversos da terapêutica analgésica ou risco de adição; recusa na medicação oferecida pelos profissionais; preocupação com os gastos associados à medicação; crença que a dor não é uma queixa importante para os profissionais de saúde (American Geriatrics Society [AGS], 2002; Castro- Lopes, 2010); falta de congruência na percepção da dor entre a pessoa idosa e o seu cuidador; sistema de crenças do cuidador; passividade assumida pela pessoa idosa nos cuidados de saúde (Hall, 2016).

A componente profissional correlaciona-se com: défice de formação na área da avaliação e gestão da dor, frequentemente associado a insuficiente abordagem da área da dor nos cursos base; dificuldade de gerir a dor no contexto de todas as comorbilidades; centralização da gestão da dor apenas em terapêuticas farmacológicas; receio associado aos efeitos secundários dos opióides; medo da possibilidade de adição; crença de que a dor é inerente à velhice e que estes a sentem de forma menos intensa; falta de capacidade para avaliar a pessoa idosa com défices cognitivos; crenças e experiências pessoais; dificuldade em avaliar a dor sem a presença de sinais objetivos (Castro-Lopes, 2010; Hall, 2016; Jett, 2018).

Por último, a componente organizacional prende-se com as políticas governamentais e

os obstáculos, por elas criados, no acesso ao cuidado, nomeadamente: número reduzido de especialistas da dor; difícil encaminhamento para as unidades de tratamento especializadas; regulamentação que limita o acesso aos opióides (Porché, 2010), tornando estigmatizante e difícil a adesão à terapêutica prescrita (Castro-Lopes, 2010).

Todos os mitos, estereótipos e preconceitos referidos fazem com que sejam menos as pessoas idosas que são acompanhadas em unidades de tratamento especializado e, mesmo as que são acompanhadas em unidades de tratamento especializado, recebem frequentemente menos tratamentos (Cheng et al., 2017).

Na opinião de Turk & Wilson (2010), a dor crónica deverá ser vista numa perspectiva multifatorial, incluindo fatores biológicos, psicológicos, neurofisiológicos, genéticos e ambientais na etiologia, exacerbação e sua manutenção. Importa ainda salientar a influência dos factores culturais e sociais na perceção da dor. Para tal, e como corrobora Ribeiro (2013), deverá realizar-se uma avaliação abrangente, de forma a ir ao encontro dos aspetos que podem influenciar a vivência da pessoa idosa com dor crónica.

1.2. Plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica e família

Pelo fato de a dor ser uma experiência multidimensional, a sua avaliação deve ter em consideração vários domínios, incluindo o sensorial, afetivo, cognitivo, comportamental e sociocultural. A abordagem dos aspetos multidimensionais da dor é importante para uma avaliação precisa e confiável do fenómeno doloroso e, consequentemente, é crucial para estabelecer um plano terapêutico eficiente (Santos & Bezerra Thé, 2018).

A avaliação da dor na pessoa idosa deve ser realizada com instrumentos validados (apêndice I - instrumentos de avaliação da dor validados para a população portuguesa), em que se poderão utilizar escalas de autoavaliação unidimensionais, como a escala numérica ou qualitativa, ou multidimensionais, como o inventário resumido da dor (IRD). Deverá realizar-se uma história clínica detalhada, um exame objetivo rigoroso, assim como, uma história terapêutica correta e uma avaliação biopsicossocial (DGS, 2010). Se a pessoa idosa apresentar dificuldades de comunicação, deverá utilizar-se escalas de hétero avaliação como a DOLOPUS 2 (escala de avaliação comportamental da dor na pessoa idosa) ou a PAINAD (avaliação da dor na pessoa com demência), recorrendo, também, à história dos antecedentes pessoais, ao diagnóstico da patologia, à observação de comportamentos e à informação dos cuidadores (DGS, 2010).

É através das escalas de avaliação da dor que conseguimos avaliar/monitorizar as alterações da intensidade da dor e a eficácia dos tratamentos. A avaliação da dor é um método

individual e subjetivo, é certo, mas constitui a forma mais fácil de a pessoa idosa objetivar a sua dor, de modo universal, e torná-la mais entendível para o avaliador (Pina, 2017).

A gestão da dor crónica pode ser realizada através de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As evidências do controlo com terapêutica medicamentosa da dor na pessoa idosa são limitadas, especialmente em pessoas idosas frágeis. Uma abordagem estruturada para o tratamento de dor crónica é baseada na Escada Analgésica da OMS (apêndice II), consistindo numa abordagem pragmática, sustentada no aumento do risco de toxicidade com níveis aumentados de intervenção e o sinergismo, que pode ser obtido a partir dos múltiplos níveis de entrada farmacológica, quando usado simultaneamente. Mas alerta-se para a polimedicação, pois está associada ao aumento da morbilidade e mortalidade na pessoa idosa. Para gerir a dor crónica, a nível farmacológico, são, muitas vezes, utilizados múltiplos analgésicos, para tentar abordar a complexidade da dor persistente e evitar toxicidade relacionada à dose com qualquer agente isolado. Todas as opções analgésicas na pessoa idosa devem ser utilizadas com cuidado, mas cautela não deve ser sinónimo de omissão de analgesia. (Hall, 2016).

É nas intervenções não farmacológicas para a gestão da dor que o enfermeiro tem uma intervenção independente (OE, 2008). O acesso ao tratamento da dor é um direito fundamental (Declaração de Montreal, 2010) e é da responsabilidade do enfermeiro a prestação de cuidados que promovam o conforto pessoal, previnam ou reduzam a dor, mantendo ou promovendo a capacidade funcional da pessoa e do seu autocuidado (OE, 2008). O planeamento dos cuidados à pessoa idosa com dor crónica (avaliação, diagnóstico, tratamento e monitorização) é de extrema importância para o desenvolvimento de um plano terapêutico de gestão de dor adequado e personalizado às suas necessidades e expectativas.

As intervenções não farmacológicas podem ser prescritas também pelo enfermeiro (OE, 2008) e englobam três tipos de intervenções: as intervenções cognitivo-comportamentais, referem-se à terapia cognitiva/comportamental, reestruturação cognitiva, treino de habilidades de *coping*, relaxamento com imaginação e distração; as intervenções físicas, englobam a aplicação de calor e frio, exercício, imobilização, massagem e estimulação elétrica transcutânea; as intervenções de suporte emocional, referem-se ao toque terapêutico, conforto, escuta ativa, entre outras (Castro – Lopes, 2010).

Apesar de já ser reconhecida a eficácia das medidas não farmacológicas na gestão do controlo da dor, a abordagem farmacológica continua a ser o tratamento de base para o alívio da dor entre pessoas idosas (Cheng et al., 2017).

No quadro 3 apresentamos as etapas que se deve incluir na abordagem à pessoa com dor

Quadro 1 - Abordagem à dor crónica na pessoa idosa em 6 etapas		
1. Realize uma história de dor abrangente	uma	Avalie a localização e a intensidade da dor e pergunte como a dor limita a atividade. Que tratamentos foram tentados? O que funcionou melhor? Quaisquer efeitos adversos intoleráveis?
2. Reveja a lista de problemas	a	Obtenha uma lista completa de medicamentos (incluindo suplementos) para identificar possíveis interações. Que doenças crónicas (renal ou hepática, distúrbios do movimento, problemas neurológicos) podem piorar com medicação analgésica ou constituir uma contraindicação? Quais os medicamentos e comorbidades que podem afetar as escolhas terapêuticas?
3. Estabeleça metas de tratamento	de	Abordar expectativas potencialmente irrealistas (por exemplo, alívio completo da dor ou não beneficiar do tratamento). Os objetivos do doente podem ser diferentes dos seus; chegar a um consenso sobre os resultados mais importantes.
4. Identificar barreiras para a terapia	para a	Esteja ciente de como o comprometimento cognitivo ou sensorial, fatores sociodemográficos, ou crenças de saúde, podem limitar a adesão à medicação. Dê relevância às preocupações do paciente sobre medicamentos e discuta abertamente. Inclua o cuidador, conforme necessário, quando discutir tratamentos e monitorizar os resultados.
5. Comece baixo e vá devagar quando iniciar analgesia	e	Evite “começar baixo e permanecer baixo”, o que pode contribuir para o subtratamento. E se os objetivos do tratamento não são atingidos e o doente está a tolerar a terapia, aumentar a dose é razoável antes de tentar outra intervenção.
6. Avaliar os efeitos e resultados	os e	Certifique-se de que o doente (ou cuidador) compreende quais os efeitos adversos que podem ocorrer e crie um plano para resolvê-los. Estabeleça com que frequência e quando a comunicação deve ocorrer. Encoraje ligações telefónicas e / ou e-mail para comunicar sobre dúvidas ou preocupações.

Fonte: traduzido de Ayres et al. (2012, p.19)

Segundo Ritto & Rocha (2017, p.121) “o enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo cuida o doente, o que, pela relação de proximidade estabelecida, o torna o profissional privilegiado para avaliar e transmitir à equipa multidisciplinar a dor daquela pessoa”. Para estes mesmos autores, os registos relativos à avaliação, diagnóstico, tratamento e reavaliação da dor, proporcionam um sentimento de segurança à pessoa idosa e à equipa multidisciplinar, pela uniformidade e individualização de cuidados que disponibilizam.

No domicílio, o enfermeiro poderá fornecer à pessoa idosa/família uma estratégia simples para documentar a intensidade da sua dor, os efeitos da terapêutica analgésica, entre outros, contribuindo assim para participação efetiva no seu plano terapêutico e na sua autogestão (Ritto & Rocha, 2017).

Na opinião de Oliveira (2015), o conceito de autogestão refere-se às tarefas que a pessoa desempenha para conseguir viver com uma, ou mais, doenças crónicas, e estas tarefas incluem a gestão clínica, comportamental, de papéis e emocional. Perante a dor crónica, a pessoa idosa depara-se, muitas vezes, com a necessidade de alterar o seu estilo de vida, aprender a gerir a sua sintomatologia e estabelecer novos comportamentos com vista a manter/melhorar a sua saúde e aprender a cuidar-se (Oliveira, 2015).

Neves da Mota et al. (2016), baseados no conceito de autogestão de Lorig e Holman, definem cinco competências de autogestão: resolução de problemas, tomada de decisão,

mobilização de recursos, estabelecimento de parcerias de cuidados com o profissional de saúde e capacitação de ação.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), na qual o termo “gestão do plano terapêutico” não se encontra descrito, direciona-nos para aplicação de termos como: autocuidado, regime medicamentoso, regime dietético, regime de exercício e atitude face à gestão de medicamentos. Outro conceito, o de adesão, também está associado à gestão do plano terapêutico. Segundo a CIPE a adesão é definida como:

Ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p. 2).

Mas a gestão do plano terapêutico é mais global, e inclui a gestão de novas atitudes e comportamentos salutareis pela pessoa idosa e/ou familiar perante o seu processo de transição de saúde /doença, de forma conscienciosa e em parceria com os seus cuidadores formais.

1.3. Barreiras à gestão eficaz do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica e família

Em todas as situações em que exista gestão do plano terapêutico pela própria pessoa, independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos de saúde, há problemas de adesão ao tratamento. Mas os doentes não são os únicos responsáveis pela adesão ao tratamento, e pela má gestão do plano terapêutico. Existem diferentes fatores que influenciam a capacidade de gestão do plano terapêutico pela pessoa idosa, e podemos dividi-los em vários fatores: sociais, económicos e culturais; relacionados com os serviços e os profissionais de saúde; relacionados com a doença de base e comorbilidades; relacionados com o tratamento; e relacionados com a pessoa doente. (Dias et al., 2011).

Dentro dos fatores sociais, económicos e culturais, temos o nível de escolaridade, a situação profissional, os apoios sociais, as condições habitacionais, o preço dos transportes e dos medicamentos, a distância do local de tratamento, as crenças culturais e as desigualdades sociais (Dias et al., 2011).

Os fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde incluem: o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde; o sistema de distribuição de medicamentos; a taxa de comparticipação; o acesso aos medicamentos; o grau de educação/esclarecimento dos doentes face aos cuidados de tratamento no domicílio; os recursos humanos e técnicos disponíveis nos

serviços; os horários e duração das consultas; os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças crónicas e a gestão do plano terapêutico (Dias et al., 2011).

Os fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades dizem respeito à gravidade dos sintomas, à incapacidade física, psicológica, social e profissional, ao grau de risco que a pessoa atribui à doença, ao impacto que esta representa na sua vida; à presença de outras doenças concomitantes, como a depressão ou o consumo de substâncias ilícitas ou não (Dias et al., 2011), HTA, AVC, diabetes mellitus (DM), hipercolesterolemia e obesidade (Sequeira, 2018c); dificuldade na realização das ABVD e atividades instrumentais de vida diárias (AIVD), nomeadamente sobre o desconhecimento sobre a medicação, principalmente na pessoa idosa polimedicada (Sun et al., 2017).

Os fatores relacionados com o tratamento compreendem a complexidade, duração e realização de alterações frequentes na medicação, a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação (Dias et al., 2011).

Por último, dos fatores relacionados com a pessoa doente são destacados os recursos psicológicos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as perceções relativas a episódios de doença, quer anteriores, quer a atual, e as expectativas da própria pessoa; a ausência de informação e o suporte para a mudança de comportamentos; a falta de capacidade, de motivação e de auto-eficácia para gerir o plano terapêutico (Dias et al., 2011); as alterações estruturais inerentes ao envelhecimento (diminuição da flexibilidade mental, com tendência a abordagens mais concretas; diminuição da velocidade de processamento; comprometimento do desempenho mnésico; diminuição da velocidade de execução, psicomotora e cognitiva); comprometimento da atenção (constatando-se os efeitos da idade sobretudo em tarefas de atenção dividida ou dependentes do tempo de reação, em que a pessoa idosa tende a responder mais lentamente ou a cometer mais erros) (Santana & Duro, 2014).

Quando a pessoa idosa não tem capacidade de gerir o seu plano terapêutico, parcial ou totalmente, em geral tem a ajuda do familiar com quem coabita. Mas, ao longo dos tempos, a dimensão e o conceito de família tem-se modificado. Sequeira (2018b) refere que a dimensão de famílias unipessoais de pessoas idosas é significativa em todo o interior do território português, a exceção do litoral são os centros urbanos de Lisboa e Porto. De acordo com o INE (2013), do total de famílias só com pessoas idosas, a grande maioria é constituída por uma pessoa (50,5%) ou por 2 pessoas idosas (48,1%). O que nos leva a prever maiores dificuldades de gestão do plano terapêutico na pessoa idosa.

Sequeira (2018b) refere que, num futuro próximo, mais de metade dos idosos se encontrarão numa situação de dependência de outrem, em consequência, teremos o aumento

significativo dos gastos em saúde com as pessoas idosas, e, para que estes sejam atenuados, urge a existência de plataformas de intervenção que otimizem os diferentes atores envolvidos (cuidadores formais e informais), de forma a potenciar a sua articulação e a evitar a sobrecarga das redes de suporte. É fundamental diversificar os modelos assistenciais, mantendo a qualidade dos cuidados e moderando os gastos em saúde. É necessário irmos ao encontro das necessidades da pessoa idosa e família, de modo a evitar que as pessoas idosas se tornem ainda mais vulneráveis (Sequeira, 2018b). As pessoas idosas com dor crónica vivem a maior parte de suas vidas em casa, junto dos seus familiares, fora do sistema de saúde e, é em casa que lidam com as consequências da sua condição (IASP, 2018). Pelo que importa que os enfermeiros tenham intervenções sustentáveis que possam ir ao encontro das pessoas idosas com dor no domicílio. Um dessas estratégias pode ser a CT programada.

1.4. O processo de parceria como promotor do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica na gestão do plano terapêutico tendo como recurso a consulta telefónica

Segundo Ayres et al. (2012) uma das formas de avaliação dos resultados à distância é utilizando a CT. De acordo com Martins & Lopes (2010), a CT tem como objetivos: garantir, de uma forma fácil e económica, a continuidade dos cuidados à pessoa com dor crónica e sua família; ajudar no controlo da dor; efetuar a deteção precoce de efeitos colaterais dos tratamentos e medicamentos; assim como, dar apoio emocional à pessoa e família. A comunicação à distância pode trazer-nos vantagens de ordem individual e social, sendo uma mais valia para a pessoa idosa com dor crónica (Martins & Lopes, 2010). Através da CT, o enfermeiro pode identificar as preocupações que assolam a pessoa com dor, mas também apoiar, informar e orientar em resposta a essas mesmas preocupações (Ribeiro, 2013). A CT pode, igualmente, impedir que os sintomas se tornem incontrolláveis, permitir ajudar os indivíduos a evitar deslocações desnecessárias ao hospital e a possibilitar a monitorização dos efeitos adversos do tratamento (Kondo, 2015).

Em 2009, a OE deu um parecer jurídico sobre a CT de enfermagem. Na sua visão, com o aumento da população idosa, intensifica-se a necessidade de continuidade de cuidados no domicílio, devendo ter-se em conta fatores como a pobreza e o isolamento social. Se a CT confere uma vantagem em situações de crise ou urgência, essa mesma vantagem também pode ser utilizada nos cuidados de proximidade em situações de pobreza e isolamento social.

Especificamente na população idosa, a CT pode apresentar dificuldades de compreensão

e interpretação do que é dito, sendo a validação da informação um agente facilitador neste processo (OE, 2009). É aqui, na aquisição/implementação de estratégias, que o enfermeiro perito nesta área fará a diferença, em parceria com a pessoa idosa/família promovendo o seu autocuidado, a gestão do seu plano terapêutico e na promoção no cuidado de Si (Gomes, 2016).

Para uma melhor gestão do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica e família, deve haver um vínculo estabelecido entre estes e o enfermeiro. Na opinião de Dias et al. (2011), este vínculo deve alicerçar-se em conceitos como a escuta ativa e relação empática, não descurando as características socioculturais e a necessidade de apoio psicossocial. Neves da Mota et al. (2016) acrescenta que é fundamental que o enfermeiro ajude na aquisição de conhecimentos e oriente as capacidades de gestão da pessoa idosa e família.

Para que o enfermeiro seja capaz de ajudar a pessoa idosa com dor crónica e família a passar pelo processo de transição de saúde/doença (Meleis et al., 2000), é necessário que o enfermeiro conheça a pessoa idosa e família. O importante é a pessoa idosa e a sua envolvência, as várias vertentes da vida que surgem afetadas e que vão muito para além da doença em si (Diniz, 2017). Neste âmbito, devemos utilizar a entrevista clínica elaborando a história de dor da pessoa idosa.

Uma entrevista sem pressas tende a criar um clima novo de relação profissional de saúde e, ainda que não traga alívio imediato, facilita a aceitação da dor, em particular se participam vários membros da equipa. É muito importante a planificação do tempo e a forma como se utiliza, pois, como descreve Alphonse Vinet *“o tempo não se compõe somente de horas em minutos, mas de amor e de vontade; temos pouco tempo quando temos pouco amor”*. Diniz (2017, p.97).

A pessoa com dor crónica deve ser avaliada e tratada por uma equipa multidisciplinar, que inclua a pessoa idosa, o seu familiar, e as várias áreas de especialidade de acordo com as áreas que a dor pode afetar na pessoa idosa, mantendo, sempre, uma perspectiva biopsicossocial (Diniz, 2017).

O enfermeiro é uma “peça chave” para que o plano terapêutico seja gerido da melhor forma pela pessoa idosa/familiar, pois “cuidar é acompanhar passagens difíceis da vida” (Collière, 2003, p. 383).

É essencial o papel de parceria que o enfermeiro terá que estabelecer com a pessoa idosa com dor crónica e família, para garantir a adesão à medicação. Deve esclarecer os efeitos benéficos da medicação, o seu princípio ativo, os seus efeitos adversos, assim como eventuais estratégias para os evitar. O enfermeiro terá também que promover a adoção de estratégias para aquisição de comportamentos salutareis, estabelecendo um compromisso de ação que irá ao encontro do projeto de vida e saúde da pessoa idosa. É essencial a criação de

uma relação de parceria baseada na confiança, e, para que isto ocorra, é preciso tempo e espaço. Esta verdadeira relação trará benefícios na gestão do plano terapêutico, e não apenas na gestão da medicação. A pessoa idosa irá recorrer ao enfermeiro em situações de crise, e este apresentar-se-á como um agente facilitador, que ajuda a pessoa idosa a escolher o que para si é o “melhor caminho”, e a pessoa idosa irá fazer a sua escolha com conhecimento e em consciência (Gomes, 2016). Esta ajuda pode ser realizada através da CT, constituindo um recurso facilmente acessível à pessoa idosa e aos enfermeiros.

O modelo de parceria de Gomes (2016), percorrendo as suas várias fases (ver Figura 1), pode ser um recurso para o enfermeiro intervir com a pessoa idosa com dor crónica e família para que atinjam a promoção do cuidado de Si/ assegurem o cuidado do Outro, de acordo com os seus projetos de vida e saúde.

Figura 1 – Modelo de Parceria de Gomes.

<div>REVELAR-SE</div> <div>ENVOLVER-SE</div>	O Enfermeiro dá-se a Conhecer à Pessoa Idosa / Família/ Pessoa Significativa
	Conhecer a singularidade / projeto de vida da pessoa idosa
	Conhecer o Contexto de Vida da Pessoa Idosa / Perfil psico social
	Conhecer a História da Saúde/Doença atual da Pessoa Idosa e que significado esta tem na sua trajetória de vida. Processo de recuperação/adaptação
	Identificar as Necessidades e Potencialidades da Pessoa Idosa para a promoção do cuidado de Si
CAPACITAR OU POSSIBILITAR	O Enfermeiro promove o Cuidado-de-Si na pessoa idosa e o Cuidado-do-Outro na família / pessoa significativa através da construção de uma ação conjunta
COMPROMETER-SE	O Enfermeiro ajuda a suportar o compromisso que a pessoa idosa / família / pessoa significativa faz, com base nas intervenções planificadas de acordo com o que faz sentido para Si / para o Outro
ASSUMIR O CUIDADO DE SI ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO	O Enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da pessoa idosa assumir ou assegurar o Cuidado- de- Si / da família ou pessoa significativa assumir ou assegurar o Cuidado- do- Outro

Fonte: Modelo de Parceria de Gomes (2016, p.237)

Para que exista realmente parceria nos cuidados, o enfermeiro tem de reconhecer a pessoa como responsável pelo seu próprio projeto de vida e saúde, mas também a pessoa tem de reconhecer o seu papel ativo no processo de tratamento, deixando para trás a passividade assumida no modelo biomédico (Gomes, 2016).

Posto isto, há uma necessidade crescente de intervenções em parceria eficazes na gestão do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica e família, com o objetivo de promover o cuidado de Si / assegurar o cuidado do Outro. (Gomes, 2016).

2. METODOLOGIA

Este capítulo pretende dar a conhecer o tipo de metodologia utilizado no projeto de estágio, i.e., metodologia de projeto, tendo sido esta escolhida pois tem como objetivo

centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirirem capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. (...) constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática. Ruivo et al. (2010 p.3)

Ruivo et al. (2010) definem várias fases na metodologia de projeto: a elaboração do diagnóstico da situação; a definição de objetivos; a planificação das atividades, meios e estratégias; a execução das atividades planeadas; a avaliação; e a divulgação dos resultados obtidos. As primeiras 3 fases foram concretizadas no 2º semestre na UC Opção II e, as últimas 3 fases no 3º semestre na UC Estágio com Relatório.

Para o diagnóstico da situação, realizaram-se 64 horas de observação no local de estágio em que se mantiveram conversas informais com a equipa multidisciplinar do CMD. A equipa de enfermagem do CMD desenvolveu um projeto em colaboração com a UI&DE da ESEL intitulado “*CT na unidade de dor: Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa*”. Os critérios de inclusão do projeto abrangiam todas as pessoas idosas (≥ 65 anos) admitidas pela primeira vez no CMD de abril de 2017 a dezembro de 2018. As pessoas idosas não poderiam apresentar deficit cognitivos nem problemas de comunicação oral ou auditiva. Deveriam igualmente possuir um telefone fixo ou móvel. (UI&DE, 2017).

Uma das questões que surgiu das avaliações intermédias do projeto supracitado foi perceber quais as dificuldades que a pessoa idosa com dor crónica e família tinham na gestão do seu plano terapêutico. Acordado com a enfermeira e professora orientadora, e incorporado no projeto já existente no CMD, optou-se por elaborar o projeto intitulado “*Gestão da dor crónica da pessoa idosa e família num Centro Multidisciplinar de Dor: Intervenção de Enfermagem na consulta para a Promoção do Cuidado de Si*”. Para a elaboração e execução do projeto foi necessário o envolvimento do estagiário, de toda a equipa multidisciplinar do CMD e das pessoas idosas com dor crónica e famílias incluídas no projeto do CMD já referido que realizaram a sua primeira consulta em outubro de 2018.

No diagnóstico da situação foi elaborada uma análise SWOT (apêndice III) assim como foram delineados os objetivos gerais e específicos, as atividades que deveríamos realizar para a concretização destes, e os seus indicadores de avaliação, que se encontram no apêndice III.

A fase de execução, avaliação e divulgação será relatada no terceiro capítulo, na descrição das atividades realizadas para o desenvolvimento de competências.

3. ATIVIDADES REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretende-se descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio, as competências desenvolvidas e as aprendizagens realizadas. Na perspetiva de facilitar a compreensão do leitor, optou-se por utilizar os objetivos traçados como linha orientadora da descrição dessas atividades.

3.1. Desenvolver competências como enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na gestão do plano terapêutico na dor crónica da pessoa idosa / família seguida na CT de enfermagem de um CMD, promovendo o cuidado de Si.

Para atingir o objetivo de **aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa com dor crónica e família, na gestão do plano terapêutico, promovendo o cuidado de Si**, foi realizada uma **revisão da literatura**, antes de, e ao longo do estágio, com enfoque nos temas do envelhecimento populacional e nas suas consequências na dor crónica (fisiopatologia, avaliação, diagnóstico, tratamento e reavaliação) na pessoa idosa; na gestão do plano terapêutico na pessoa idosa com dor crónica e família; na CT de enfermagem; e no modelo de parceria de Gomes, que foi o utilizado para nortear os cuidados de enfermagem prestados durante o estágio, e é o modelo utilizado pela equipa de enfermagem do CMD.

Foi realizado uma **revisão *scoping*** (apêndice IV) sobre as dificuldades apresentadas pela pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico, com o objetivo de mapear e clarificar estes conceitos: dificuldades na gestão do plano terapêutico na pessoa idosa com dor crónica e família num CMD (Joanna Briggs Institute, 2015). Este procedimento constituiu uma mais valia na abordagem à pessoa idosa, garantido um cuidado baseado na evidência científica, cujos conteúdos integramos na revisão da literatura, assim como, permitiu-nos o desenvolvimento de competências no âmbito da investigação secundária.

Para além da revisão da literatura e elaboração da revisão *scoping*, foi igualmente importante, para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, como enfermeira especialista, a **frequência de ações de formação** na área. O CMD recebe alunos nas áreas de enfermagem, medicina e psicologia, e, caracteristicamente, quase todas as semanas havia apresentações sobre variados temas na área da dor, para que se pudesse discutir em equipa.

Houve também a possibilidade de assistir à XVI Reunião Ibero-Americana de Dor realizada pela Associação Portuguesa do Estudo da Dor (APED), que decorreu em outubro de 2018; ao 39º Congresso Português de Geriatria e Gerontologia, organizado pela Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, que decorreu em novembro de 2018; ao 17º Convénio da Associação para o Desenvolvimento da Terapia da Dor (ASTOR), 26ª Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta, organizado pela ASTOR, que decorreu em janeiro de 2019. No apêndice V são descritas as formações mais pertinentes para o desenvolvimento das nossas competências.

Para alcançar o objectivo **de intervir em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e família seguida na consulta presencial e CT de enfermagem do CMD na gestão do plano terapêutico promovendo o cuidado de Si**, foi realizado o estágio no CMD, que decorreu nas 18 semanas previstas. Apesar de se ter tido a oportunidade de estar no CMD, aquando do diagnóstico da situação, a realidade é que o espaço, a equipa, e a tipologia de cuidados foram conhecidos e vivenciados pela primeira vez. Tal como nos diz Benner (2001, p.49), estabeleceu-se um processo de iniciação à aquisição de competências pois era como as “enfermeiras que integram um novo serviço em que não conhecem os doentes (...) os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não lhes são familiares”.

Foi necessária, inicialmente, uma integração na prestação de cuidados como enfermeira generalista, pois só depois se iria conseguir a perícia para desenvolver as competências de enfermeira especialista na gestão de cuidados à pessoa idosa com dor crónica. Esta integração passou pelo conhecimento do espaço físico, dos recursos humanos, das técnicas desenvolvidas, da população abrangida e da tipologia de cuidados prestados. No apêndice VI encontram-se descritas todas estas vertentes do CMD onde decorreu o estágio.

Como enfermeira especialista, foi pretendida a aquisição de competências na área da gestão dos cuidados, e é de salientar que toda a equipa multidisciplinar constituiu um agente facilitador deste processo, em especial a enfermeira orientadora, que fez com que toda a aprendizagem prática, através de momentos de reflexão (reuniões informais e formais), fosse enquadrada, justificada e baseada em evidência científica, assim como o enquadramento no modelo teórico em que os cuidados se baseiam, permitindo e fomentando um raciocínio crítico como enfermeira especialista e mestre.

Ao longo do estágio foram prestados os **cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica e família** com base no **Modelo de Parceria de Gomes**. O modelo de parceria de Gomes (2016) é uma teoria de médio alcance e tem por base condições essenciais: a necessidade de ver a pessoa idosa como um ser de projeto de cuidados e ter tempo e espaço

para que se possa construir uma relação de qualidade.

Na integração na prestação de cuidados à pessoa idosa com dor crónica no CMD, o foco inicial foi na **consulta de acolhimento**, pois seria a partir daí que decorreria todo o trabalho para o projeto delineado na UC, Opção II. Foi coordenado com a enfermeira orientadora que inicialmente se realizariam todas as consultas de acolhimento, pois só assim se poderia ganhar experiência na realização das mesmas, e, como nos diz Benner (2001), a experiência é necessária à perícia. Esta conduta permitiu, ainda, tomar consciência das diferenças entre as consultas de acolhimento de adultos e de pessoas idosas. Caracteristicamente, a pessoa idosa necessitou de mais tempo para a consulta, não se centrou apenas na dor, gostava de contextualizar a história da dor, que muitas vezes fazia parte da sua história de vida, e, também, na grande maioria dos casos apresentava mais que uma dor, sendo difícil focar-se na principal. Isto remete para as condições essenciais, já referidas pelo modelo de parceria, de que, para estabelecer uma relação de confiança com a pessoa idosa, é necessário tempo e espaço para solidificar esta relação (Gomes, 2016). A realidade do CMD do local de estágio põe à prova a perícia da excelente equipa de enfermagem que possui. Não é fácil gerir o tempo ideal para que se consiga criar uma relação de qualidade e confiança com a pessoa idosa com dor crónica, num espaço com pouca privacidade em que a consulta pode, e muitas vezes é, interrompida várias vezes. Outra questão é que o tempo preconizado para as consultas com pessoas adultas e pessoas idosas é o mesmo, sendo difícil gerir quando podemos disponibilizar mais tempo em uma situação clínica do que em outra. Para além da gestão espaço/tempo, existe outro condicionalismo, neste caso essencial, o trabalho interdisciplinar. A consulta realizada pela enfermeira condiciona outras atividades realizadas pelos pares e/ou por outros profissionais, devido ao espaço, que tem que ser partilhado. Estas condicionantes tornam um desafio o cuidado de enfermagem para que se possa, em parceria com a pessoa idosa com dor crónica, atingir como objetivo a promoção do cuidado de Si / assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2016).

Para a **realização das consultas presenciais e telefónicas**, houve sempre necessidade de fazer a preparação das mesmas, através da consulta do processo da pessoa idosa. Isto permite antecipar a fase *revelar-se* e *envolver-se*, pois, no decorrer das consultas, a pessoa idosa reconhece que a enfermeira conhece parte da sua história clínica e que se envolve na sua história de saúde-doença, demonstrando o interesse do profissional de saúde que está à sua frente. O enfermeiro, em qualquer prestação de cuidados, representa um serviço, uma instituição, mas principalmente uma classe. E é importante darmos a conhecer o verdadeiro valor da enfermagem, pois, como nos diz Lopes (2013, p. 319), “enquanto os enfermeiros não

(...) conseguirem justificar o que fazem com os conhecimentos que possuem para aliviar o desconforto das pessoas, nas situações de dignidade obscuridade por preconceitos, a profissão está a esconder o seu valor social”. A preparação das consultas, infelizmente, nem sempre foi possível devido à gestão de tempo/espço (inacessibilidade aos computadores, logo, ao processo) e tipologia da consulta (se CT por contato direto da própria pessoa).

Do **Modelo de Parceria de Gomes** (2016), a fase *revelar-se*, dar-se a conhecer, foi realizada em todas as consultas, mais exaustivamente na consulta de acolhimento. No início da consulta decorreu a apresentação, fazendo referência ao objetivo da consulta, como iria decorrer, assim como o tempo que provavelmente iria demorar. Tentou-se sempre demonstrar disponibilidade, afetividade e respeito. É nesta fase que o enfermeiro toma conhecimento da identidade da pessoa idosa, da sua história de vida e saúde, das suas expectativas e dos recursos pessoais e sociais que tem para fazer face a esta situação (Gomes, 2016). Muitas vezes, houve necessidade de justificar o porquê de fazer tantas questões antes de chegar ao motivo principal que levou a pessoa idosa à consulta do CMD, a sua dor. E explicou-se sempre que a dor não se trata apenas com um comprimido, que o papel do profissional de saúde é ajudar a aliviar a dor de diversas formas. Antevendo e preparando, assim, a pessoa idosa para a necessidade de encaminhamento para outras especialidades.

É difícil definir onde acaba a fase do *revelar-se* e começa a fase do *envolver-se*. Há o desejo e a necessidade de conhecer aquela pessoa idosa porque há interesse em ajudá-la a assumir o cuidado de Si. Esta demonstração de interesse pelo enfermeiro faz com que a pessoa idosa tenha vontade para partilhar especificidades, como os significados da sua experiência de doença, aquilo que a preocupa mais, reconhecendo o problema e aceitando a colaboração dos profissionais de saúde na resolução do mesmo (Gomes, 2016). Aqui, nesta fase, também se percebe quais as capacidades que a pessoa idosa possui, e que serão úteis para a sua recuperação, assim como quais as suas limitações, e como podemos trabalhá-las para que, numa ação conjunta, se possa continuar o projeto de vida e saúde desta pessoa ou, eventualmente, ajustar as expectativas à realidade (Gomes, 2016).

Quando se apreende que recursos, internos e externos, a pessoas idosa possui, passa-se para a fase de *capacitar/possibilitar* a mesma/família, através de informação, esclarecimentos, pensamento reflexivo, para cuidar de Si, ou, através destas mesmas estratégias dar a possibilidade ao familiar, de assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2016). Estamos perante esta fase sempre que sejam validadas as estratégias de alívio da dor, como a utilização de sacos de água quente, ou até quando se recorre ao ensino de estratégias de prevenção de obstipação aquando o uso de opióides, em momentos de consulta presencial, CT, ou de

realização de tratamentos em hospital dia.

A quarta fase, *comprometer-se*, ocorria diariamente quando era validada uma toma terapêutica, um tratamento, um comportamento e a pessoa idosa assumia, comprometia-se, que iria realizar da forma aprendida. Nesta fase reconhece-se a capacidade potencial da pessoa idosa e assume-se que pode passar para uma capacidade real (Gomes, 2016). Por exemplo, uma recomendação de colocação de gelo três vezes por dia: a pessoa idosa disse que não o conseguiria fazer, devido à sua atividade laboral, no entanto, comprometeu-se, numa relação em parceria com a enfermeira, que iria realizar a crioterapia duas vezes por dia, tornando real a capacidade potencial e assumindo um compromisso.

Na última fase, *assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro*, o preconizado é o que é desejado para todas as pessoas idosas, que sejam capazes de cuidar de si próprias, gerindo, de forma autónoma, a sua situação de saúde/ doença, manifestando conforto e bem-estar e prosseguindo com o seu projeto de vida e saúde. Na impossibilidade de a pessoa idosa assumir o cuidado de si, pretende-se que o familiar assegure o cuidado da pessoa idosa, mantendo os desejos da mesma (Gomes, 2016).

Apesar destas fases terem sido apresentadas de modo isolado, elas inter-relacionam-se, constituindo um *continuum* onde podem existir progressos e retrocessos (Gomes, 2016). Tivemos um exemplo deste retrocesso com uma pessoa idosa, seguida em CT, que referiu sempre realizar o plano terapêutico de forma correta, estando a sua dor controlada, e, portanto, estando aparentemente na última fase do processo de parceria. No entanto, numa das consultas, foi perceptível que, na realidade, a pessoa estava a fazer uma gestão incorreta do regime medicamentoso, pois foi pedida uma receita de um medicamento que, supostamente, ainda não deveria ter terminado. Constatou-se, assim, que estava a tomar a dosagem em dobro. Confrontada com a situação, a pessoa idosa justificou o porquê, assumiu uma prescrição anterior de outro médico, tendo a situação sido encaminhada e posteriormente resolvida pelo médico do CMD.

A intervenção de enfermagem na CT foi um desafio. As CT que partiam da enfermeira, permitiam consultar o processo e antever situações de crise, o que constituiu um método facilitador. Em quase todas as CT, se sentia a disponibilidade da pessoa idosa e até o contentamento pela chamada, por se atribuir importância à sua dor, por ser dada importância à pessoa (“sabe... é assim... como fosse um cobertor que me põe pelas costas num dia frio”). O sentimento descrito acaba por ser mútuo.

A dificuldade maior sentida nas CT foi quando a chamada partia da pessoa com dor ou seu familiar. Quando a chamada é recebida não se sabe quem está do outro lado, e qual o

motivo da mesma. Assim, foi necessário desenvolver alguma perícia, que permitia que, durante a chamada, se consultasse o processo e se percebesse o motivo do contacto, tudo em simultâneo. Sempre que possível resolvia-se a situação, quando não estava dentro das nossas competências, encaminhava-se para o profissional de saúde que poderia resolver a questão.

Perspectivar as dificuldades na gestão do plano terapêutico na pessoa idosa com dor crónica é um desafio, tal como podemos constatar na literatura. Mas antes até de elaborar este desafio, é necessário assumir que a pessoa idosa tem dor, esta não deve ser desvalorizada, bem como a pessoa idosa também não o pode ser. Neste âmbito, torna-se pertinente a partilha de um episódio decorrido durante o estágio: numa determinada consulta de acolhimento, foi tido o seguinte pensamento “esta pessoa pode não entrar no projecto, pois tem 80 anos”. Ora, mesmo depois de se ter até desmitificado alguns estereótipos pessoais e de pessoas que nos rodeiam profissionalmente, foi feito um julgamento, quase de forma inconsciente, baseado num simples facto, a idade. Este episódio serve para reforçar e validar a atenção que deve ser dada a todos os nossos comportamentos, pensamentos, atitudes, pois, mesmo um profissional de saúde informado, não está isento de cometer estas falhas. Urge que se pense sobre esta temática, proactivamente, pois o pensamento “de que o velho por ser velho não é capaz” é um estigma e tem de ser desenraizado.

Corroborando Gomes (2016), o enfermeiro tem um papel essencial na criação de condições que permitam à pessoa idosa com dor crónica mobilizar os recursos necessários para lidar e gerir os seus problemas de saúde. Será para isso fundamental a prestação de cuidados centrados na pessoa idosa, desmistificando mitos e estereótipos que podem levar os enfermeiros a subvalorizar as capacidades da pessoa idosa. Só isento de mitos e estereótipos é que se pode prestar cuidados de enfermagem em parceria à pessoa idosa com dor crónica e família.

Ainda para cumprir o objetivo de intervir em parceria com a pessoa idosa com dor crónica seguida consulta presencial e/ou CT do CMD na gestão do plano terapêutico, promovendo o cuidado de Si, foi realizado um **estudo de caso** (apêndice VII). Segundo Yin (2015), o estudo de caso permite o enfoque na pessoa idosa e a retenção de uma perspetiva holística do mundo real, ou seja, permite a investigação de um fenómeno contemporâneo em profundidade e em contexto real. O estudo de caso teve como base o modelo de parceria de Gomes, tendo sido adaptado um guião do modelo de parceria à pessoa idosa com dor crónica (apêndice VIII) para nortear todo o processo de intervenção de enfermagem. Este guião possibilitou o desenvolvimento de competências comunicacionais na realização de entrevistas, conversas intencionais, significativas e integradas nos cuidados prestados (Wright

& Leahey, 2015). Este estudo de caso permitiu estabelecer uma relação mais aprofundada com uma das pessoas idosas com dor crónica que chegou ao CMD. Com esta pessoa idosa, houve a possibilidade de se ter uma maior disponibilidade de tempo, tanto da parte da enfermeira como da própria pessoa idosa, que sempre que realizava os tratamentos de diatermia se disponibilizava para estar com a enfermeira algum tempo antes. Podendo conhecer melhor o seu contexto e aqui realizar uma avaliação multidimensional (no apêndice IX encontram-se as escalas que se poderá utilizar na avaliação multidimensional à pessoa idosa), aplicando algumas escalas, as que pareceram mais pertinentes, e interpretando os dados das mesma, perspectivando, assim, intervenções em parceria não só a curto-médio prazo, mas também a longo prazo.

Para o objetivo específico supracitado, contribuíram igualmente as **reuniões de orientação tutorial** com a professora orientadora, bem como as **reuniões formais e informais com a enfermeira orientadora**. Ambas foram fundamentais neste percurso académico, norteando a linha de pensamento e a reflexão sustentada em evidência científica para que os cuidados prestados reflectissem a “mão” do enfermeiro especialista e mestre.

O treino na comunicação com a pessoa idosa com dor crónica foi feito em todas as oportunidades, quer durante as consultas presenciais ou telefónicas, quer nos tratamentos que realizavam em hospital dia, como o tratamento de diatermia, ou dando apoio nas intervenções invasivas. Mas esta palavra “apoio” não é apenas para relatar o apoio prestado no procedimento, mas essencialmente à pessoa que estava a ser intervencionada. A pessoa que vem realizar procedimentos, principalmente sendo a primeira vez, chega acompanhada de medos, ansiedade, por vezes, até, vergonha de expor o seu corpo, e acompanhada, sempre, pela sua dor. Mas o que se percebe é que tudo pode ser atenuado por um toque, por uma voz calma e confiante, por um sorriso e, porque sim, sou a sua enfermeira e estou aqui para si, não está sozinha, enfim, por uma relação de confiança estabelecida. Para Sequeira & Coelho (2016), os resultados obtidos com a utilização de uma comunicação terapêutica incluem a diminuição do *stress*, o aumento de adesão, e a identificação da experiência como positiva.

Quando foi referido a “vergonha de expor o corpo”, este facto acontece especialmente na pessoa idosa, muito provavelmente, e como nos diz Lopes (2013, p. 307), porque

A velhice, como última etapa da vida, é aquela em que os desconfortos da natureza humana se manifestam de forma mais intensa, em que as pessoas idosas subjugadas a valores e práticas de elevado pudor face ao corpo e à intimidade, são obrigadas a enfrentar tabus e romper com convenções.

Reconhecemos aqui, que foram desenvolvidas competências no domínio das aprendizagens profissionais como enfermeira especialista, desenvolvendo a assertividade e o autoconhecimento (OE,2019).

Como estratégia de alívio da dor, há uma psicóloga que acompanha as pessoas com dor crónica que lhe são referenciadas, fazendo o acompanhamento em consultas individuais, mas também promovendo sessões de acompanhamento em grupo, em sessões de psicodrama e musicoterapia, esta última com a participação de um músico. Surgiu a oportunidade de participar numa sessão de musicoterapia, podendo observar como esta medida de alívio da dor não farmacológica pode ser eficaz. Esta sessão é descrita no apêndice X.

Tínhamos previsto como objetivo específico **sensibilizar a equipa de enfermagem do CMD para a intervenção em parceira com a pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico**, tendo a perspectiva de realizar uma ação de formação com uma temática pré-definida, mas, auditando a equipa de enfermagem, foi pedido um outro tema. Justificando, o projeto desenvolvido “*Gestão da dor crónica da pessoa idosa e família num CMD: Intervenção de enfermagem na consulta para a promoção do cuidado de Si*” foi amplamente discutido com a equipa de enfermagem, de forma informal é certo, mas havia sempre o sentimento de necessidade de validar as CT com os pares e até com os clínicos e psicóloga. Portanto, a formação não iria trazer nada de novo, apenas uma solidificação do que falávamos diariamente. Questionando a equipa de enfermagem sobre quais os temas que gostariam de ver abordados, a resposta foi uníssona, gostariam que se falasse na dor nas pessoas com demência. Esta temática surgiu, provavelmente, como consequência da partilha em situações aquando da prestação de cuidados a pessoas idosas com maior dependência e/ou com a cognição comprometida, pois esta partilha advém do nosso exercício profissional, durante 8 anos, numa residência sénior em que mais de 50% dos residentes têm demência. A avaliação da dor na pessoa com demência, na nossa opinião requer treino, e conhecimento diário da pessoa a quem prestamos cuidados.

Mas a sensibilidade nem sempre está presente em todos os profissionais. Infelizmente são vários os casos em que, após uma fratura, a pessoa com demência não traz instituído nenhum analgésico. É fundamental que os profissionais de saúde apostem na formação procurando distinguir comportamentos associados à dor, de outros sintomas comportamentais, melhorando as suas competências na avaliação da dor, no tratamento farmacológico e não farmacológico, compreendendo a neurofisiologia da dor e melhorando a gestão da dor na pessoa com demência (Achterberg et al., 2013). Gostaríamos de acreditar que, com as diretrizes fornecidas pelo IASP promovendo o ano de 2020 como o ano Global da Prevenção da Dor, que todos os profissionais de saúde estarão mais alerta e haverá menor incidência e prevalência de dor, principalmente nos mais vulneráveis, como as pessoas idosas, com demência. Os diapositivos da apresentação encontram-se no apêndice XI.

A formação foi assistida por 4 das 5 enfermeiras do CMD e o feedback foi bastante positivo, referindo que os exemplos dados ajudá-las-iam em situações no CMD. Referiram que esta tipologia de doentes é mais comum no internamento do que em consulta de ambulatório. O que traz à reflexão o facto de a pessoa com demência e dor em contexto de internamento ser referenciada para o CMD, mas aquando institucionalizada ou no domicílio, esta referência ser pouco comum.

3.2. Contribuir para o desenvolvimento do projeto que se encontra em curso no CMD em parceria com a UI&DE da ESEL intitulado: “CT na unidade de dor: promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa”, fomentando o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico, através da CT de enfermagem ou presencial.”

Como já foi referido, neste estágio pretendeu-se contribuir para o desenvolvimento do projeto que decorria no CMD, desenvolvendo competências na equipa de enfermagem a nível da intervenção à pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico.

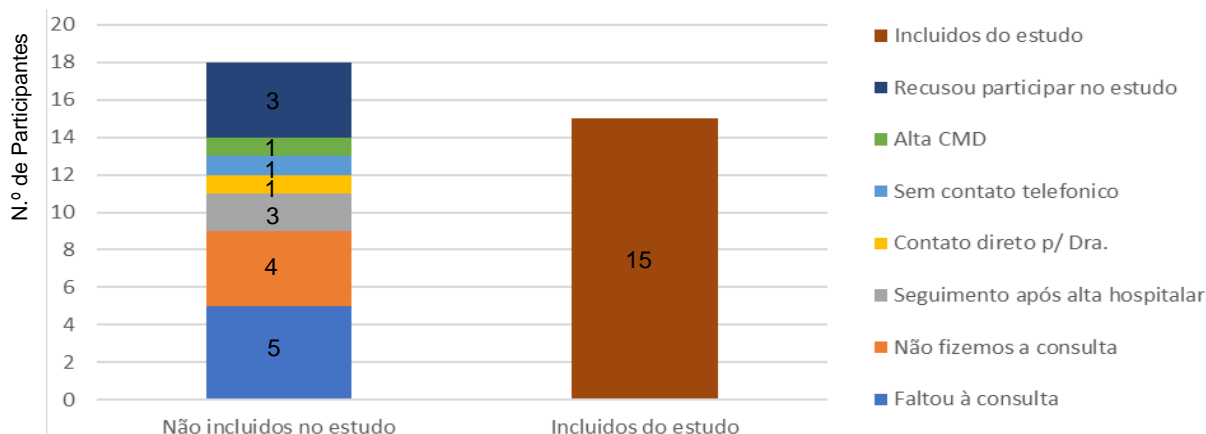
Assim dentro do projeto que estava a decorrer e coordenado pela Prof. Doutora Idalina Gomes, também, orientadora deste projeto, definiu-se, especificamente, o seguinte objetivo, **realizar investigação sobre as dificuldades da pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico, para promover o cuidado de Si**. Para a concretização deste objetivo, foi desenvolvido um projeto de investigação, já descrito no capítulo da metodologia, e, também aí, as três primeiras fases do projeto - o diagnóstico da situação, a planificação dos objetivos e a planificação das atividades, meios e estratégias.

O projeto foi apresentado à Enf.^a Coordenadora e, seguidamente, à Diretora Clínica do CMD. Dadas as autorizações para a concretização do projeto, seguiram-se os **pedidos de parecer à comissão de ética e a autorização ao conselho de administração do hospital do CMD onde se iria realizar o projeto** (apêndice XII). Tendo o parecer e a autorização sido favorável, deu-se início a execução do projeto. Todo o trabalho se regeu por princípios éticos, que incluíram a autonomia, vulnerabilidade e confidencialidade (Thompson et al. 2004).

A **divulgação do projeto à equipa multidisciplinar** (apêndice XIII) ocorreu em outubro de 2018, tendo-se demonstrado de extrema importância para o seu envolvimento no projeto, como agente facilitador de todo o processo.

O **recrutamento da amostra** decorreu no mês de outubro de 2018 em que estavam planeadas 33 consultas a pessoas idosas e, obteve-se 15 participantes. No gráfico 1 apresenta os motivos desta seleção.

Gráfico 1 – Recrutamento dos Participantes



Aos 15 participantes foi pedido, e assinado, o consentimento informado, já elaborado no projeto decorrido no CMD (anexo I). Para a realização das consultas de acolhimento e CT foi estruturado um guião pessoal, mantendo os padrões preconizados no CMD (anexo II, guia da CT do CMD), o que se tornou um elemento facilitador para o processo.

Após a fase de recrutamento de participantes nas consultas de acolhimento, iniciou-se o acompanhamento através das CT que se realizaram após 15 dias da consulta de acolhimento (1ª CT), 1 mês (2ª CT) e 2 meses (3ª CT). Ao final de 3 meses foram realizadas as entrevistas presenciais. Durante a 1ª CT, 2 participantes saíram do projeto, 1 por desistir de se manter no CMD e outro porque teve alta. Prosseguiu-se, assim, a fase das CT com 13 participantes. No apêndice XIV apresentamos os dados colhidos durante as consultas de acolhimento e as CT.

Todo o acompanhamento dos participantes foi importante para que, após 3 meses da consulta inicial no CMD, se pudessem realizar as entrevistas, com o objetivo de perceber quais foram as suas dificuldades na gestão do plano terapêutico. A vantagem de ser a mesma pessoa a fazer o seguimento dos participantes e a entrevista é que já existia um sentimento de partilha, conseguido através da parceria estabelecida entre pessoa idosa e enfermeira. Foi realizada, ao fim dos 3 meses da 1ª consulta, uma entrevista semiestruturada² (o guião encontra-se no apêndice XV) a 11 dos 13 participantes do estudo, pois houve 2 pessoas que se recusaram realizar a entrevista. Para a realização da entrevista, foi assinado, pelos participantes, o consentimento informado (apêndice XVI). Apenas quatro dos participantes

² Entrevista semiestruturada – combinam perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado tem a possibilidade de relatar as suas experiências e vivências sobre o tema proposto. O investigador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas enquadrando numa conversa informal. (Vilelas, 2017).

aceitaram realizar as entrevistas em suas casas, as restantes foram realizadas no hospital. Caracteristicamente, as entrevistas que decorreram no domicílio tiveram uma duração maior que as que decorreram no hospital, mas, em média, tiveram uma duração de 40 minutos. No apêndice XVII encontra-se a reflexão sobre as entrevistas realizadas no domicílio.

A média de idades dos 11 entrevistados é de 71 anos, eram 4 homens e 7 mulheres, todos portugueses exceto 1. Relativamente ao nível de escolaridade apenas 1 apresentava o nível secundário, todos os outros o nível primário. Quanto ao estado civil, 4 eram casados, 5 viúvos, 1 divorciado e 1 solteiro. Das 11 pessoas idosas 2 viviam sozinhas e uma delas não tinha qualquer tipo de apoio familiar. A grande maioria foi referenciada para o CMD através de consulta externa do próprio hospital (9) e os outros pelos cuidados de saúde primários (2). Todos recorreram ao CMD por dor crónica não controlada, mas a origem desta é variada: dor pós cirúrgica (3), dor do foro oncológico (2), por fibromialgia (2), dor neuropática (1), dor por úlcera venosa (1), coxartrose (1) e dor nevralgia (1). Todos os participantes apresentavam várias comorbilidades (média 6 patologias associadas), e todos eram polimedicados (média 9 medicamentos). Foi aplicado o mini mental state examination (MMSE) a todos os entrevistados, e todos revelaram ausência de défice cognitivo, mas importa salientar que as falhas no exame foram essencialmente a nível da “atenção e calculo” e da “evocação”. O que nos pode alertar para estratégias que o enfermeiro pode desenvolver em parceria.

Durante a entrevista foi aplicado novamente o IRD (foi aplicado na consulta de acolhimento) e podemos observar nos gráficos 2 e 3 que, de forma geral, houve uma diminuição da intensidade da dor, e nos gráficos 4 e 5 um aumento da QdV, pois após 3 meses da primeira avaliação a dor interfere menos nas atividades de vida da pessoa idosa.

Gráfico 2 – Avaliação da intensidade da dor na pessoa idosa na consulta de acolhimento

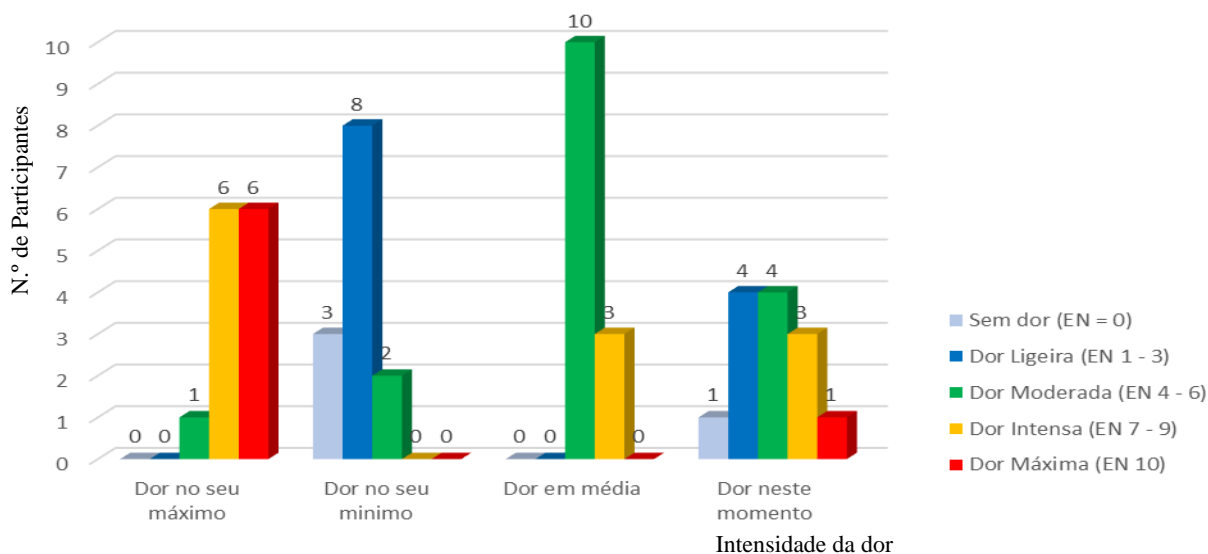


Gráfico 3 – Avaliação da intensidade da dor na pessoa idosa 3 meses após a consulta de acolhimento

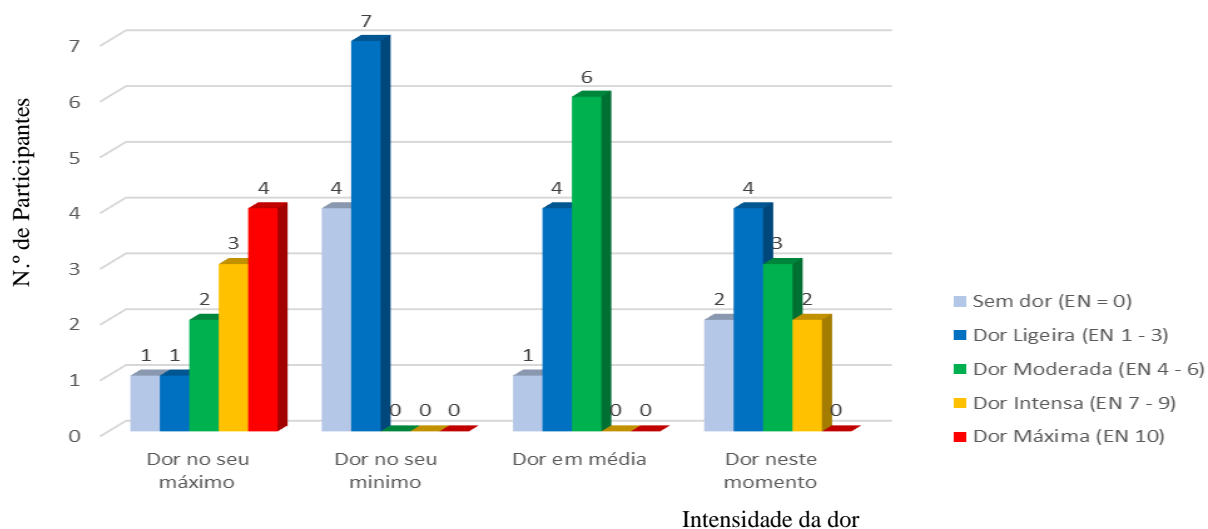


Gráfico 4 – Interferência da dor nas atividades de vida referidas pela pessoa idosa na consulta de acolhimento

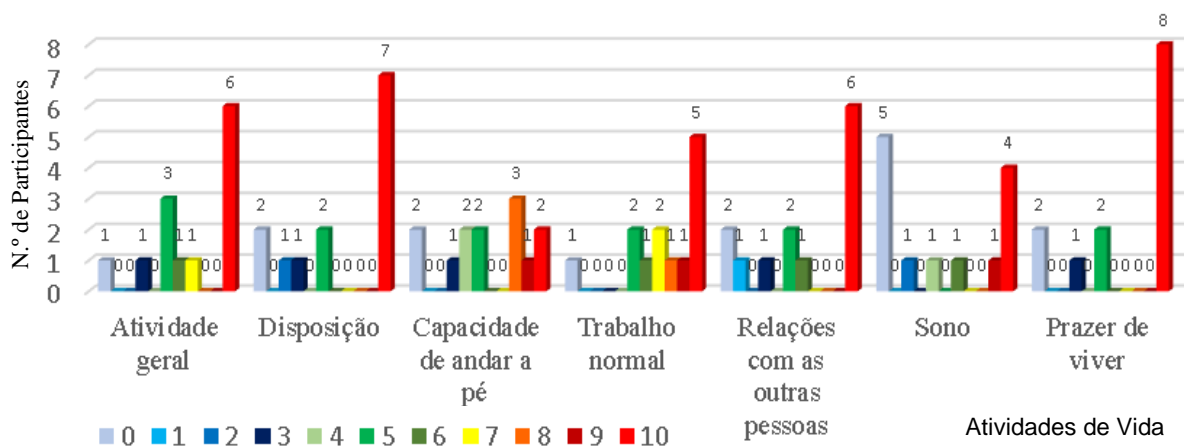
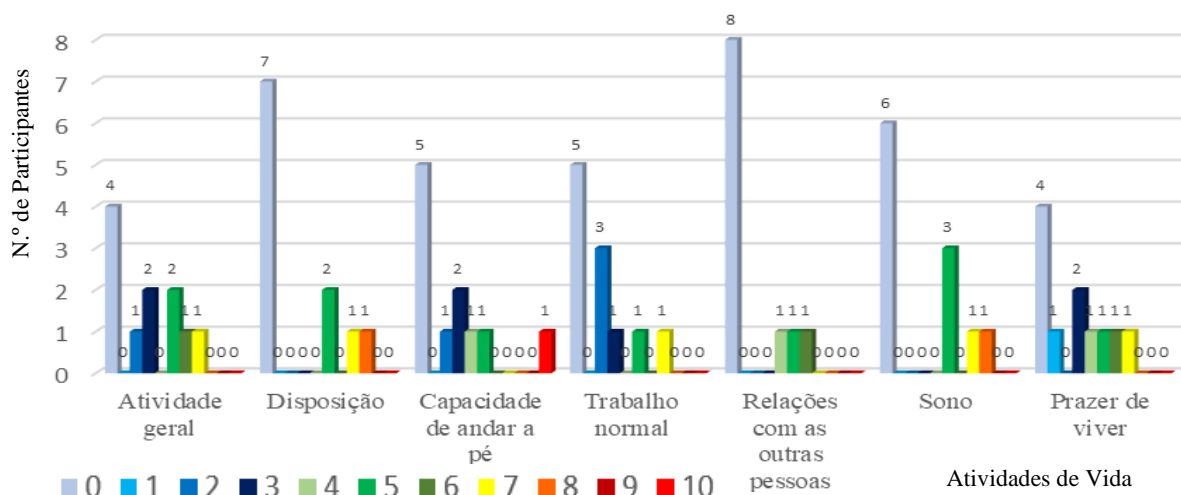


Gráfico 5 – Interferência da dor nas atividades de vida referidas pela pessoa idosa 3 meses após a consulta de acolhimento



À questão “até que ponto os tratamentos e medicamentos lhe aliviaram a sua dor?” enquanto na consulta de acolhimento a maioria (9 em 15 dos inquiridos) referiu que não teve alívio na sua dor (gráfico 6), após 3 meses da primeira consulta do CMD a maioria dos participantes (8 em 11 inquiridos) referiu que a medicação e tratamentos instituídos lhes proporcionaram um alívio da dor de pelo menos 50%, como podemos observar nos gráfico 7.

Gráfico 6 – Percentagem de alívio da dor com a medicação e tratamentos instituídos até à 1ª consulta no CMD

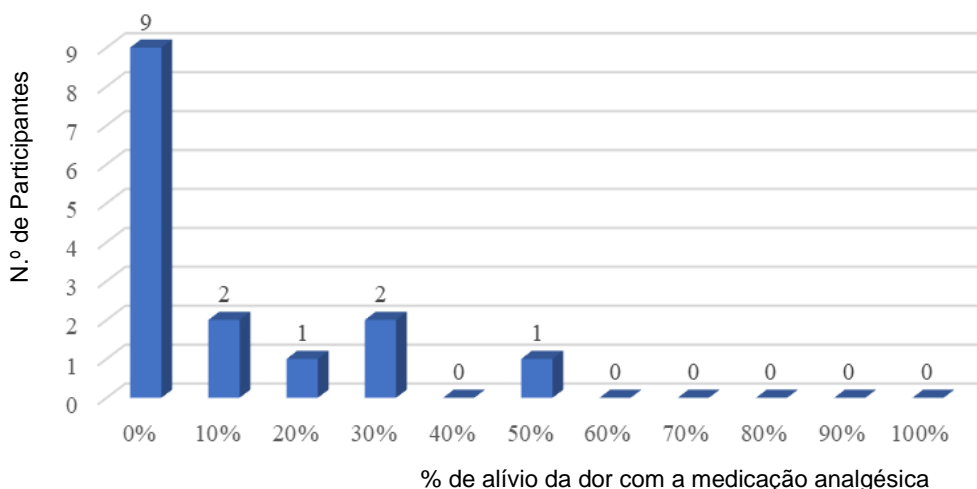
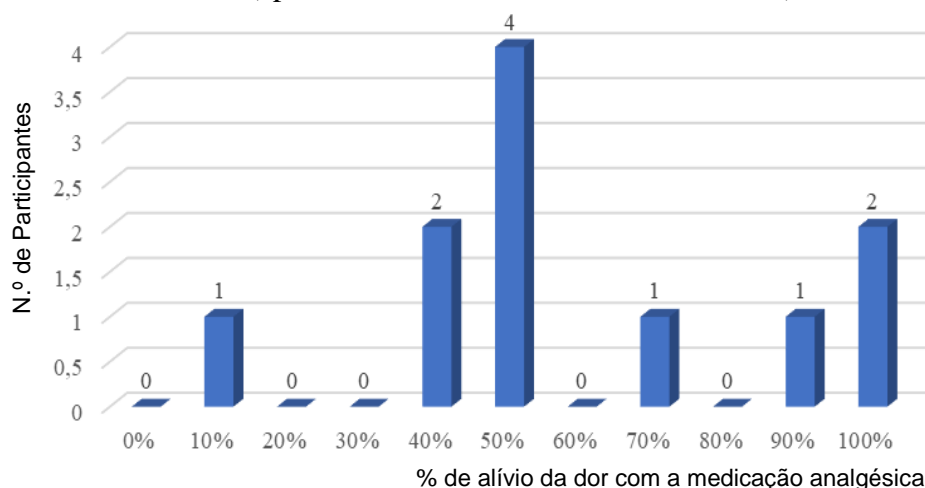


Gráfico 7 – Percentagem de alívio da dor com a medicação e tratamentos instituídos no CMD (após 3 meses da consulta de acolhimento)



No Quadro 2 pretendemos expor resumidamente, desde a 1ª CT até à entrevista, quem cumpria o plano terapêutico proposto pelos profissionais do CMD, mostrando as várias medidas do plano terapêutico e quantas eram as pessoas idosas que as cumpriam. E no Gráfico 8 expomos os motivos referidos para o incumprimento do plano terapêutico ao longo do acompanhamento nas CT e na entrevista.

Quadro 2 – Cumprimento do Plano Terapêutico pela pessoa idosa com dor crónica

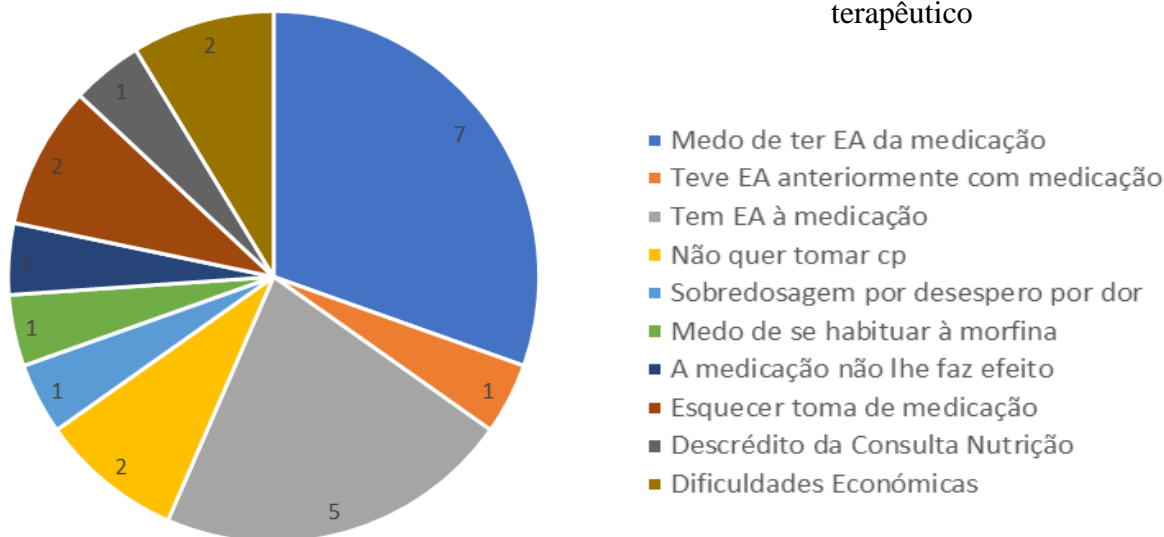
	1ª CT (15 dias)	2ª CT (1 mês)	3ª CT (2 mês)	Entrevista (3 meses)
Cumpre a medicação de base	7 (em 13)	5 (em 13)	10 (em 13)	6 (em 11)
Cumpre a medicação de resgate	7 (em 12)	5 (em 12)	11 (em 12)	10 (em 10)
Cumpre tratamento de Diatermia	2 (em 2)	2 (em 2)	2 (em 2)	2 (em 2)
Cumpre infiltração eco guiada	4 (em 4)	NA	NA	NA
Cumpre visco suplementação	1 (em 1)	1 (em 1)	1 (em 1)	1 (em 1)
Cumpre tratamento com Qutenza®	1 (em 1)	1 (em 1)	1 (em 1)	1 (em 1)
Cumpre aplicação de bandas neuromusculares	1 (em 1)	NA	NA	NA
Cumpre consultas no CMD	NA	NA	NA	5 (em 5) *
Cumpre as consultas de psicologia	1 (em 1)	1 (em 1)	1 (em 1)	1 (em 1)
Cumpre as consultas de nutrição	NA	1 (em 2)	1 (em 2)	1 (em 2)
Cumpre indicação de realização de hidroterapia	1 (em 2)	1 (em 2)	1 (em 2)	1 (em 2)
Cumpre indicação de aplicação de calor húmido	2 (em 2)	2 (em 2)	2 (em 2)	2 (em 2)
Cumpre indicação para elevação dos MI's	1 (em 1)	1 (em 1)	1 (em 1)	1 (em 1)
Cumpre indicação de medidas de prevenção de obstipação	3 (em 3)	3 (em 3)	3 (em 3)	3 (em 3)

NA = Não aplicável

* As restantes 6 consultas estavam programadas após o término do estágio

Podemos verificar que em relação à medicação de base ao longo das CT as pessoas idosas referiam que a cumpriam mais do que na entrevista, mas em relação à medicação de resgate todos referiam que a cumpriam. Os tratamentos não invasivos e invasivos realizados no CMD foram cumpridos pelas pessoas idosas. Em relação às consultas, as de seguimento no CMD, as que ocorreram até ao final do estágio, foram todas cumpridas, assim como as de acompanhamento de psicologia. No entanto, foram referenciadas 2 pessoas idosas para acompanhamento em consulta de nutrição, e uma delas recusou (não acreditando que se emagrecesse varia diferença na sua dor). As indicações fornecidas para alívio da dor ou para tratamento ou prevenção de efeitos secundários foram sempre cumpridas, exceto no caso de uma pessoa idosa que referiu não poder fazer hidroterapia por dificuldades económicas.

Gráfico 8 – Motivos referenciados pelas pessoas idosas para o incumprimento do plano terapêutico



A análise dos dados apresentados até ao momento é baseada numa análise quantitativa. Na opinião de Vilelas (2017) neste tipo de análise é essencial a análise causal dos fatos observados, destacando a objetividade, sem juízos de valor do investigador, centrando-se a análise nos dados numéricos e utilizando a estatística analítica. Na presente análise foi utilizada a estatística descritiva que consiste na recolha e exposição de dados numéricos através de instrumentos como quadros ou gráficos (Vilelas, 2017).

Ao contrário da investigação quantitativa, os dados analisados na investigação qualitativa são palavras e não números (Fortin, 2006). A investigação qualitativa surgiu exatamente porque com a investigação quantitativa havia uma incapacidade de descrever integralmente os aspetos dos valores, da cultura e das relações humanas (Vilelas, 2017). E com a investigação qualitativa podemos analisar desde um texto literário a entrevistas ou discursos. Os dados neste método são colhidos no momento, tentando compreender o significado que as pessoas atribuem aos fenómenos em análise, e a análise da informação recolhida pelo investigador é realizada de forma indutiva. (Vilelas, 2017).

Para a análise dos restantes dados colhidos na entrevista realizada, foi utilizada a técnica mais comum na análise do método qualitativo, a análise de conteúdo (Vilelas, 2017). A análise de conteúdo “constitui um conjunto de técnicas de interpretação da comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção desta mensagem” (Vilelas, 2017 p.388).

O tratamento dos dados obtidos através das questões abertas foi realizado de forma a serem significativos e válidos. Foi realizada a codificação destes resultados, sendo a codificação “o processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (Holsti, 1969, citado por Bardin, 2018, p. 129).

A codificação implicou a identificação das unidades de registo significativas à análise, procurando a respetiva unidade de significado, que nos levou às categorias e subcategorias da análise. A formulação das categorias foi norteadas pelos princípios da exclusão mútua (entre categorias), da homogeneidade (dentro das categorias), da pertinência na mensagem transmitida (não distorção), e da objetividade (compreensão e clareza). (Bardin, 2018).

Seguidamente, descrevem-se, no Quadro 3, as nove categorias e subcategorias que emergiram das respostas dos participantes para a questão: “Quais as dificuldades apresentadas pela pessoa idosa com dor crónica na gestão do plano terapêutico?”

Quadro 3 – Dificuldades apresentadas pela pessoa idosa com dor crónica na gestão do plano terapêutico

Categoria	Subcategoria
Alterações mnésicas	Alteração dos horários preconizados para a medicação
Dificuldades económicas	Medicação dispendiosa
	Acessibilidade e custos económicos dos transportes públicos
Biodisponibilidade do medicamento fornecido na farmácia	Dificuldade de reconciliação terapêutica
Polimedicação	
Efeitos Adversos da medicação	Por sentir efeitos adversos
	Por associar a algum sintoma
	Por ter medo de ter efeitos adversos
Descrédito na medicação	Porque a sua indicação não é para alívio da dor
	A medicação não lhe proporciona o alívio da dor
Dificuldade em cumprir regime alimentar	Dificuldade em cumprir metas alimentares e descrença na interferência no alívio da dor
Dificuldade em recorrer ao médico de família	Demora das consultas do médico de família
Seguimento em consultas de diferentes especialidades	

Da análise dos dados, emergiu que um dos motivos que dificultam a gestão do plano terapêutico para a pessoa idosa com dor crónica é a alteração mnésica, sendo esta uma das categorias. Santana & Duro (2014) afirmam que as alterações mnésicas referem-se à memória prospetiva, inibição e recuperação consciente da informação, e podem estar mais ou menos comprometidas de acordo com o processo de envelhecimento de cada um. As falhas de memória podem influenciar a gestão do plano terapêutico, desencadeando erros. Na categoria referenciada, emergiu, como subcategoria, a alteração dos horários preconizados para a medicação, como se pode constatar nesta frase significativa:

Os comprimidos que eu tomo é de manhã e à noite porque eu de dia, a meio do dia ou coisa assim, ou esquece-me ou não estou aqui ou estou noutro lado qualquer. Portanto é à noite e de manhã E10.

As dificuldades económicas também surgiram como dificultadoras da gestão do plano terapêutico. Os participantes referiram o facto de a medicação ser dispendiosa, como podemos ver nesta frase significativa: “E, às vezes, pronto acaba e eu não posso comprar logo E9”. O que faz com que a pessoa idosa com dor crónica possa não cumprir o regime medicamentoso, podendo, por consequência, originar um descontrolo da sua dor. Mas as dificuldades económicas não passam apenas pela gestão económica da medicação, passam, também, pela acessibilidade e custos económicos dos transportes públicos. É referido pelos participantes que, para economizar nos transportes públicos, optam por se deslocar a pé, mesmo que isso lhes cause dor. Evidencia-se essa dificuldade, p. ex., nas palavras deste participante:

Desço na ponte, para não apanhar duas camionetas. Além de poupar tempo, poupava também dinheiro. Então subo aquela subida (...) Custa um bocadinho. (...) agora não estou a pôr os pensos porque não estou a conseguir ir até ao hospital (...), eu prefiro a dor, aguentar, do que vir aqui. E7

A biodisponibilidade do medicamento fornecido na farmácia é mais uma das categorias que emergiram, sendo a sua única subcategoria a dificuldade de reconciliação terapêutica, referindo-se à diferença entre o que é prescrito pelo médico e a disponibilidade do medicamento para comercialização. Esta diferença pode induzir em erros terapêuticos. É disso exemplo o excerto desta entrevista:

o frasco que eu acabei, era de um frasco que aquilo trás uma pipeta que a gente aperta e deita 5x, deita logo 5 gotas de cada vez, e então disseram para eu por 6x, 5 vezes 6, 30. Mas eu agora só tenho posto 4.....que é para fazer só as 20. E4

A polimedição, foi outra categoria que surgiu, pois, todos os participantes se encontravam polimedicados o que conferia uma maior dificuldade na gestão do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica, tal como nos dizem estes participantes “Eu tomo à volta de uns 10 ou 12 cp por dia. É para muita coisa... é para muita coisa... só para os pés é uma mão cheia deles E10”; “às vezes sou capaz de falhar um ou outro, isso sou capaz. (...) Porque acho que é muita coisa, não é. E11”.

O cumprimento do regime medicamentoso pode não ser concretizado pela pessoa idosa com dor crónica também pelos efeitos adversos da medicação, constituindo, também assim, uma dificuldade na gestão do seu plano terapêutico. Nesta categoria surgiram três subcategorias: a pessoa idosa não faz medicação por sentir efeitos adversos da mesma, tal como podemos ver no excerto de uma entrevista “Não, esse foi arrumado. (...) Nunca mais o tomei. (...) A urinar, vejo-me grego para urinar. E10”; a pessoa idosa associa sintomas à medicação que iniciou, como podemos ver neste excerto significativo “A medicação? Não estou a fazer nadinha. (...) Parei aquela vez, nunca mais tomei nada. (...) aquela coisa que me atacava os ouvidos, era os olhos, os ouvidos faziam barulho, tirava-me apetite, eram esses sintomas todos. E7”; e a pessoa idosa tem medo dos efeitos eventualmente associados à medicação, e, por isso, não faz a medicação prescrita, como nos diz este participante: “os papeis... às vezes a medicação tem efeito para muitas coisas e eu se começo a por isso na cabeça já não tomo E8”.

Ainda relacionado com a medicação, os participantes apresentavam dificuldades na gestão do seu plano terapêutico quando mostravam descrédito na medicação. Desta categoria surgiram duas subcategorias, uma relacionada com o facto de a indicação principal do medicamento não ser para o alívio da dor, como por exemplo nos diz um participante:

Aqueles comprimidos se a gente for ler bem aquilo que lá está. Aquilo é um comprimido para a gente relaxar. Mas eu não preciso de relaxar, estou mais que relaxado. Eu queria era uma coisa para a dor. Para a dor é que eu queria E10

A outra subcategoria está ligada ao facto de a medicação não proporcionar alívio da dor,

como podemos, p. ex., constatar na frase significativa “Esse é em SOS. Tem dias em que não o ponho porque não sinto alívio E6”.

Do mesmo modo, a dificuldade em cumprir o regime alimentar, com o objetivo de diminuir o peso que a estrutura óssea suporta em excesso do corpo da pessoa com obesidade, foi identificada como dificuldade na gestão do plano terapêutico. No excerto da entrevista que apresentamos a seguir, não só podemos constatar a dificuldade em seguir um regime alimentar, como também que a pessoa idosa não acredita que o facto de emagrecer lhe vá trazer alívio na sua dor: “sou terrível para fazer metas de alimentos, nunca segui, (...) não consigo, não vale a pena. (...) depois também me questiono será que emagrecer fará diferença? E6”. Este tipo de comportamento, como a recusa de ajuda da especialidade pela consulta de nutrição, torna-se um entrave num dos elementos de gestão do plano terapêutico, tornando-se prejudicial na gestão da dor.

Outro motivo que dificulta a gestão do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica que ressalta da análise das entrevistas é a dificuldade em recorrer ao médico de família. A pessoa idosa com dor crónica que tenha um subsistema de saúde recorre a instituições de saúde privadas por dificuldade em recorrer aos recursos do sistema nacional de saúde porque demora a obter uma consulta com o seu médico de família. Como se pode constatar na opinião deste participante “É difícil uma consulta com a minha médica de família, nunca arranjo E2”.

Por último referenciamos a categoria que se relaciona com o seguimento em consultas de diferentes especialidades, sendo que, em cada consulta de especialidade, a pessoa idosa recebe diferentes diretrizes sobre mesma situação de doença, tal como podemos verificar no relato deste participante “Vou ao Sr. Dr. é uma coisa, vou a outro é outra. E1”. Esta situação pode deixar a pessoa idosa confusa, sem perceber qual a melhor indicação, ou até nem seguir nenhuma corretamente, levando a pessoa idosa com dor crónica a ter dificuldades em gerir o seu plano terapêutico.

Outra questão da entrevista diz respeito a quais as estratégias utilizadas pela pessoa idosa / seu familiar para ultrapassar as dificuldades na gestão do plano terapêutico. No Quadro 4, sintetizam-se as categorias e subcategorias que submergiram das respostas obtidas.

Quadro 4 – Estratégias utilizadas pela pessoa idosa para ultrapassar as dificuldades na gestão do plano terapêutico	
Categoria	Subcategoria
Lembrar plano terapêutico	Pedido de lembrança ao familiar.
	Registo em livro e verificação diária do mesmo.
	Registo em postites e colagem dos mesmos em sítios visíveis.
	Verificação do regime medicamentoso no guia terapêutico fornecido no CMD.

Quadro 4 – Estratégias utilizadas pela pessoa idosa para ultrapassar as dificuldades na gestão do plano terapêutico

Categoria	Subcategoria
Lembrar plano terapêutico	Colocação dos comprimidos em caixas próprias, separando-os pela hora da toma.
	Colocação da medicação em locais que frequenta na hora da toma da mesma.
	O familiar cuidador escreve na caixa da medicação a data de colocação do penso.
	Familiar cuidador escreve na caixa do medicamento as datas de termo do medicamento.
Fazer a medicação prescrita	Seguir guia terapêutico fornecido no CMD.
	Fazer a medicação de acordo com a indicação verbal do médico durante a consulta no CMD.
	A pessoa idosa leva a medicação na caixa de medicamentos, quando sai de casa
	Familiar cuidador coloca os comprimidos em caixas de medicamentos.
Recorrer à CT do CMD	A pessoa idosa recorre à CT do CMD para aconselhamento.
	O familiar cuidador recorre à CT do CMD para aconselhamento.
Recorrer aos profissionais de saúde	Aguardar pela consulta médica para esclarecer dúvidas.
Arranjar medidas para diminuir os efeitos adversos da medicação.	Beber várias vezes água para evitar a boca seca.

Uma das categorias refere-se ao facto de a pessoa idosa utilizar várias táticas para se lembrar do plano terapêutico. Dentro desta categoria surgiram 8 subcategorias, sendo que uma delas consiste na pessoa idosa pedir a um familiar, que coabite consigo, para a lembrar de determinada situação, como podemos observar na seguinte frase significativa: “Digo ao meu marido, tu faz favor de me lembrar que eu as 5h tenho esta coisa para fazer E2”, constituindo o familiar um recurso. Da mesma forma temos como subcategoria o registo em livro e verificação diária do mesmo, como estratégia para se lembrar do seu plano terapêutico, tal como nos pode demonstrar o seguinte excerto:

Recorro àquele livrinho para fazer apontamentos (...) porque eu tenho aqui este livrinho, este é deste ano. (...) Normalmente está aqui em cima porque eu de manhã vou ver o que é que tenho para aquele dia, quando há consultas, quando tenho que ir fazer qualquer coisa para não me esquecer. E2

Similarmente, como forma de lembrar o plano terapêutico, emergiu a subcategoria registo em postites e colagem dos mesmos em sítios visíveis, e refere-se, como exemplo, as seguintes frases significativas de dois dos participantes, “ponho um papelinho no frigorífico E1” e “Tenho que pôr sinais em sítios para não me esquecer, e, às vezes, escrevo aqui nos vidros, ponho aqueles papelinhos colantes para não me esquecer, os postites E2”. Uma outra subcategoria a emergir foi a verificação, por parte da pessoa idosa, do regime medicamentoso no guia terapêutico fornecido no CMD, como podemos, p. ex., ver na frase significativa seguinte, “Deram-me aquele papelinho, e eu seguia as instruções do papelinho E2”. Igualmente foi induzida a subcategoria, colocação dos comprimidos em caixas próprias, separando-os pela hora da toma, como podemos tomar de exemplo as frases significativas

seguintes, “Tenho uma caixinha! Aqui ponho o que é para tomar, nunca me esqueço E3” e “Aí eu ponho-os todos... eu tenho um copinho pequenino e um copinho maior. E então o da manhã ponho no copinho maior e os da noite no copinho mais pequeno. E1”. Do mesmo modo, o colocar a medicação em locais que a pessoa idosa frequenta na hora da toma da mesma emergiu como subcategoria, apresentamos p. ex., um excerto de uma das entrevistas:

Eu acabando de jantar e sento-me aqui (um cadeirão ao lado da cama no quarto) a ver televisão até lá para as tantas. A primeira coisa que eu chego aqui é... olhe para isto... veja está tudo seguido. (...) Esta é à noite (...) está a ver que isto está aqui tudo (estão as caixas da medicação em cima da cómoda)” E10

O familiar cuidador também pode ajudar a gerir o plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica, e como estratégia para lembrar o plano terapêutico emergiu uma outra subcategoria, o familiar cuidador escreve na caixa da medicação a data de colocação do penso, como podemos constatar na frase significativa seguinte “Ontem, o meu filho até assentou os dias, olhe, foi no dia 5, e foi ontem dia 8,... agora ponho, 9,10, 11. Ponho dia 11. E4”. Ainda relacionado com o familiar cuidador emergiu mais uma subcategoria, o familiar cuidador escreve na caixa do medicamento as datas de termo do medicamento, para aquisição do medicamento sem interrupção da terapêutica, permitindo assim uma toma contínua da medicação sem interrupções da mesma por não ter a medicação. A frase significativa escolhida foi a seguinte, “meu filho tomou conta e ele é que...pronto ele até tem nas caixas, faz a conta até à data que dão. Tem nas caixas assente: “isto dá até ao dia... por exemplo... até ao 15 de março, ou ao 3 de fevereiro” assim. E4”.

Descreve-se, agora, outra categoria, fazer a medicação prescrita, e desta categoria foram induzidas 4 subcategorias: seguir o guia terapêutico fornecido no CMD, como podemos dar o exemplo através da seguinte frase significativa, “tenho lá um esquema, que a doutora me deu aqui quando eu vim à... um esquema com o nome dos medicamentos. E8”; fazer a medicação de acordo com a indicação verbal do médico durante a consulta no CMD, revelando a importância de que mesmo que a pessoa idosa leve a prescrição da medicação escrita, esta deve ser comunicada durante a consulta, dá-se o exemplo do excerto da entrevista de um participante:

Três vezes, foi o que me disseram lá, três vezes. Tomo de manhã, tomo assim ao meio da tarde e tomo à noite antes de me deitar (...) lá a Sra. Dra. disse que era para por uma vez num lado outra vez no outro e então ele lá põe. E4

A pessoa idosa levar a medicação numa caixa de medicamentos, quando sai de casa, para assim poder fazer a medicação prescrita mesmo quando está ausente do domicílio, como podemos verificar através da seguinte frase significativa, “Levo, pois! De manhã, eu não tomo

cá o pequeno-almoço, tomo lá no centro. Como vêm cedo, tomo lá no centro, eu vou lá fazer o penso, tomo lá” E4; e, por fim, o familiar cuidador colocar os comprimidos em caixas de medicamentos, mais uma vez, estabelecendo-se como recurso para a pessoa idosa, que se corrobora através, p. ex., de um dos excertos das entrevistas dos participantes, “e tem uma caixinha... olhe está a ver...É de manhã, é ao almoço e é ao café... e ao deitar. Todos os dias põe-me então, os comprimidos. E4”

Relativamente à categoria recorrer à CT do CMD emergiram duas subcategorias. Uma delas referente à pessoa idosa recorrer à CT do CMD para aconselhamento, tal como podemos ver num dos relatos dos participantes “A gente gosta de ouvir a pessoa e de conversar e de saber como há de ir pouco mais ou menos fazendo as coisas. E10”. Assim como também constitui uma subcategoria o familiar cuidador recorrer à CT do CMD para aconselhamento, onde damos como exemplo o excerto de uma entrevista de um participante, “Pois, então ele disse-me que ia telefonar para si, para perguntar, já não sei...não me lembro o que era... mas ele disse-me: “ah vou telefonar”, “então telefona” E4”.

Neste estudo surgiu ainda como uma das estratégias utilizadas pela pessoa idosa com dor crónica para ultrapassar as dificuldades na gestão do seu plano terapêutico o recorrer aos profissionais de saúde, da qual apenas emergiu uma subcategoria, a pessoa idosa para ultrapassar alguma dificuldade que poderia ter, aguardava pela consulta médica para esclarecer dúvidas, como podemos ver através da frase significativa seguinte, “Como sabe eu ando aqui na consulta e eu aguardava pela data das consultas. E5”.

Por último, a categoria referente à pessoa idosa arranjar medidas para diminuir os efeitos adversos da medicação. Nesta categoria emergiu uma subcategoria, beber várias vezes água para evitar a boca seca, como podemos ver através da seguinte frase significativa, “E bebo muita água. E3”.

Tentou perceber-se, com uma questão direta, como a CT programada do CMD os ajudou a ultrapassar as dificuldades na gestão do seu plano terapêutico, tendo, da análise das entrevistas, emergido seis categorias, apresentadas no quadro 5.

Quadro 5– Como a CT ajudou a ultrapassar as dificuldades na gestão do plano terapêutico	
Categoria	Subcategoria
Orientação	Esclarecimento de dúvidas.
	Aconselhamento individualizado.
Apoio	Apoio psicológico.
	Disponibilidade da enfermeira.
Abertura na comunicação	Forma como a enfermeira fala é uma terapia.
	Sentimento de confiança.
	A enfermeira é carinhosa para com a pessoa idosa.

Quadro 5– Como a CT ajudou a ultrapassar as dificuldades na gestão do plano terapêutico	
Categoria	Subcategoria
	A enfermeira demonstra compreender a pessoa idosa.
Antecipação das necessidades da pessoa idosa	Antecipa erros na toma de medicação.
	Previne complicações.
A CT programada surpreende positivamente as pessoas idosas	Provoca satisfação e admiração.
	A pessoa idosa sente-se aconchegada.
	Proporciona sensação de alívio à pessoa idosa.
	A enfermeira faz com que a pessoa idosa se sintam bem.
	Demonstra interesse pela pessoa idosa.
	Mostra gosto da equipa em cuidar da pessoa idosa.
Disponibilização de receituário	Solicitar medicação.

Foi referido pelos participantes que a CT servia de orientação, constituindo esta uma das categorias que se elevaram. Desta categoria, emergiram duas subcategorias, o esclarecimento de dúvidas que a enfermeira promove na CT, como podemos observar através do seguinte excerto, “Esclarecia-me muito. (...) As dúvidas que eu tinha. (...) e eu dizia Sra. Enfermeira eu tenho dúvidas nisto ou nisto e a Sra. Enfermeira esclarecia-me, eu ficava esclarecida E2”; e o aconselhamento individualizado que a pessoa idosa diz que a enfermeira faz quando realiza a CT programada, como podemos ver através da seguinte frase significativa,

As Sras. Enfermeiras dizem-me olhe tenha cuidado não faça isto, tenha cuidado não faça aquilo, veja lá agora está a fazer este tratamento não se exponha ao frio, não se exponha assim, não se exponha assado. Elas próprias também me abrem os olhos. E2

Surge, como categoria, o apoio fornecido pela enfermeira na CT programada, e desta categoria emergiu a subcategoria, o apoio psicológico, que podemos concretizar através dos seguintes excertos das entrevistas dos participantes “Porque ajudam-me psicologicamente. E2” e “Ajudaram-me bastante, sentia que tinha apoio do outro lado. E3”.

Podemos depreender que a pessoa idosa considera a abertura na comunicação pela enfermeira na CT programada um elemento facilitador, constituindo-se como uma categoria, em que emergiram cinco subcategorias. Uma das subcategorias é referente à disponibilidade demonstrada pela enfermeira durante a CT, como podemos ver através da frase significativa seguinte, “E acho que tem muita paciência! Não sei, sabe eu sou muito de afetos e gosto muito de pessoas E6”. Também a forma como a enfermeira fala durante a CT é para a pessoa idosa como uma terapia, constituindo-se como mais uma subcategoria, em que gostaríamos de revelar um excerto de uma das entrevistas, “a maneira de falarem para mim. Não sei explicar, mas sinto-me muito bem. Aquilo é uma terapia para mim (...) Só a maneira de elas falarem para mim eu parece que até aliviava veja lá. E2”. Outra subcategoria é referente ao sentimento de confiança estabelecido, importante para qualquer tipo de relação, mas em particular

quando se pretende compromissos assumidos em parceria. P. ex., expomos um excerto de uma das entrevistas, “E tenho muita confiança nas enfermeiras e nos médicos da... da medicina da dor porque têm-me ajudado imenso E3”. As outras duas subcategorias que emergiram foram: o fato de a enfermeira ser carinhosa para com a pessoa idosa, promovendo os afetos e a empatia, como podemos verificar através da seguinte frase significativa, “aquilo é uma terapia. Porque agente sente que tem ali uma pessoa a aconchegar-nos, percebe? E isso é tão bom. (...) A maneira que elas falavam para mim com tanto carinho. E2”; e o facto de a enfermeira demonstrar compreender a pessoa idosa, valorizando-a, como podemos verificar através da seguinte frase significativa, “Olhe foi uma pessoa muito carinhosa para comigo, compreendeu-me. Porque é uma doença que às vezes não é compreendida. Compreendeu-me, ajudou-me. E3”.

A CT programada é da mesma forma benéfica porque antecipa as necessidades da pessoa idosa, consistindo esta uma categoria, que permite ultrapassar as dificuldades da pessoa idosa com dor crónica na gestão do seu plano terapêutico. Emergiram desta duas subcategorias, uma referente ao facto de antecipar erros na toma de medicação, como podemos verificar através da seguinte frase significativa “Até foi um dia que a menina me telefonou e eu disse-lhe. E então, disse para beber menos, então tenho bebido 20 gotas. E4”. Através da CT programada a enfermeira, em parceria com a pessoa idosa e família, consegue prevenir complicações, constituindo esta a outra subcategoria, “mas alertou-me para certas coisas. E6”.

De forma semelhante emerge também como categoria que a CT programada surpreende de forma positiva a pessoa idosa, da qual se emergiram seis subcategorias. Uma das subcategorias a emergir foi a CT programada provoca satisfação e admiração na pessoa idosa, tal como podemos observar nesta frase significativa, “fico contente e admirada E4”. Também se elevou a subcategoria, a pessoa idosa sente-se aconchegada, ou seja, a CT programada realizada pela enfermeira proporciona uma sensação de aconchego à pessoa idosa, como podemos ilustrar através do seguinte excerto de uma entrevista,

É uma conversa simpática... como é que eu hei de explicar.... Parece que é... quando uma pessoa está com frio e depois leva com um cobertor em cima e fica assim mais quentinho, não é (risos). Em certa medida é isso (...) Fico acolhedor com a conversa não é... parece que me esquece das coisas e.... Não...esquece-me do dia a dia e fico satisfeito com a conversa não é.... E11

Para além da sensação de aconchego também emergiu a subcategoria referente a que a CT programada proporciona sensação de alívio à pessoa idosa, como podemos dar o exemplo através do seguinte excerto,

Uma vez, já não sei quando é que foi, ligaram e eu estava a jogar ao dominó e tal e disse “agora não

posso jogar”. Vim cá para fora e.... E depois quando entrei “então, só telefone, telefone...”, “ah estou mais aliviado” disse eu para eles. Esta conversa convém-me (...) Não sei se tira a dor...não tira, mas fico mais aliviado. E11

A enfermeira faz com que a pessoa idosa se sinta bem, constituiu-se como mais uma subcategoria. Para a pessoa idosa, a CT programada realizada pela enfermeira fá-la sentir bem, como podemos demonstrar através do excerto de uma das entrevistas,

Ai! Gosto tanto, sabe tão bem. Sabem tão bem, nem imagina (...). “Ai a A. hoje telefonou-me para saber” às vezes digo lá em casa “ai hoje a enfermeira da dor, a enfermeira A. telefonou-me para saber como é que estão as coisas” toda feliz (sorri). (...) Mas pelo menos eu fico feliz e dá-me ideia que o facto de saber que me ligou, eu nesse dia até passo bem, passo melhor. (...) Eu não sei, eu sinto-me tão bem quando me liga que eu acho que deixei de ter preocupações, parece que... não sei explicar. Eu quando vejo não sei quê....520, digo assim, é a A., mudo logo de cara e é muito bom. E6

As últimas subcategorias são: a CT programada fazer pensar a pessoa idosa que a equipa do CMD mostra assim gosto por cuidar de si, como podemos ver através da seguinte frase significativa, “Ah, acho que estão a fazer... gosto em tratar de mim E4”; e demonstra interesse pela pessoa idosa, em que a CT programada faz a pessoa idosa sentir que a enfermeira está preocupada consigo, como vemos na seguinte frase significativa,

E só o facto de eu saber que há alguém que se preocupa em me ligar, em saber como é que eu estou, isso dá-me... dá-me... gosto, sinto-me muito bem, sinto-me muito bem. (...) porque tenho alguém que se lembra de mim. E6

Foram colocadas mais quatro questões aos participantes, quais as estratégias não farmacológicas utilizadas pela pessoa idosa para gerir a sua dor; quais as preocupações apresentadas pela pessoa idosa após três meses da consulta de acolhimento no CMD; como os profissionais de saúde do CMD poderiam ajudar melhor a pessoa idosa; e como a dor crónica interfere na capacidade de a pessoa idosa cuidar de Si. Seguidamente apresentam-se, de forma resumida, as categorias que emergiram, sendo que estão explanadas com maior pormenor no apêndice XVIII.

No que concerne às estratégias não farmacológicas utilizadas pela pessoa idosa para gerir a sua dor, emergiram nove categorias: evitar o frio; evitar o calor; promover o seu conforto; adotar comportamentos para evitar a dor; utilizar medidas de alívio da dor; realizar exercício físico regular; realizar terapias não convencionais; recorrer à distração; e recorrer à mentalização.

Em relação às preocupações apresentadas pela pessoa idosa após três meses da consulta de acolhimento no CMD também emergiram nove categorias: a dor (que é identificada noutro local ou sentida em vários sítios); a manutenção da dor já identificada,

embora diminuída; a alteração das suas capacidades; a preocupação com os efeitos adversos da medicação; o medo da dor; a desvalorização da dor; a presença de sentimentos contraditórios; a necessidade de se manter como recurso, para poder cuidar de outrem; e Consultas no CMD (não saber quando é a consulta).

No que diz respeito a como os profissionais de saúde do CMD poderiam ajudar melhor a pessoa idosa com dor crónica emergiram as seguintes categorias: consultas no CMD; investimento em recursos humanos e físicos; controlo da dor; recuperação da doença.

Relativamente à última questão como a dor crónica interfere na capacidade de a pessoa idosa cuidar de si, elevaram-se 12 categorias: Interferência nas ABVD's; Interferência nas AIVD's; Dor leva ao desespero; A dor gera ansiedade; Dor leva a alterações de humor; A dor leva a deixar de fazer o que gosta; A dor leva ao isolamento; Crenças; Vivências traumáticas; Sentimento de inutilidade por parte da pessoa idosa; Presença de comorbilidades; Aprende a Cuidar de Si

Na elaboração do projeto previu-se a partilha de toda a informação colhida durante a investigação e delineou-se como último objetivo para o projeto de estágio o **contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa do CMD, na intervenção em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico, para promoção do cuidado de Si**. Tal como já foi referenciado neste relatório, ao longo da execução do projeto foi havendo sempre **momentos informais de partilha e discussão de informação**, centrando-nos na identificação de problemas e na otimização dos comportamentos dos profissionais de saúde, para possibilitar a gestão eficaz do plano terapêutico na pessoa idosa com dor crónica e família, promovendo o cuidado de Si e assegurando o cuidado do Outro.

A **apresentação dos resultados** do projeto à equipa multidisciplinar do CMD prevê-se para o 1º semestre de 2020.

4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS, CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJETO

Neste capítulo pretende-se fazer uma reflexão crítica sobre as competências desenvolvidas enquanto enfermeira especialista e mestre e os contributos que estas competências trazem para a praxis. É pretendido, também, abordar as limitações do projeto apresentado no capítulo anterior.

Foram desenvolvidas **competências** como **enfermeira especialista** no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na medida em que, ao longo de todo o estágio, e também na prática profissional, foi sempre promovida, à pessoa a quem prestamos cuidados, a privacidade, respeitando a sua intimidade, mantendo a humanização dos cuidados e, em especial, promovendo a autonomia da pessoa idosa com o objetivo primordial de manter o seu projeto de vida e saúde, respeitando as suas crenças e valores. Tomou-se consciência da importância de informar, para que houvesse tomadas de decisão conscienciosas. O sigilo profissional, principalmente associado à apresentação e discussão de casos clínicos, foi mantido e respeitadas as diretrizes dos direitos à privacidade da pessoa.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, foram desenvolvidas competências na área da dinamização, motivação e implementação de um projeto para melhoria contínua dos cuidados prestados no CMD, nomeadamente, na gestão eficiente do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica e família, com base no modelo de parceria de Gomes (2016). Houve, igualmente, participação ativa na execução do projeto a decorrer no CMD, através da realização das consultas de acolhimento e das consultas telefónicas programadas às pessoas idosas com dor crónica que aceitaram entrar no estudo em outubro de 2018. Os vários momentos, formais e informais, com a equipa multidisciplinar do CMD, permitiram uma reflexão sobre as especificidades na pessoa idosa, que muitas vezes são esquecidas, cuidando-se de igual forma seja pessoa adulta ou pessoa idosa. A criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro foram sempre tidas em conta na prestação de cuidados, principalmente nos mais vulneráveis, as pessoas idosas, através da promoção de uma relação de parceria tendo como base a confiança.

Para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados, a prestação de cuidados baseou-se num modelo teórico de enfermagem, o modelo de parceria de Gomes (2016), que baseou a nossa práxis, não só na intervenção dos cuidados em contexto de estágio, mas também em contexto profissional, visto que exercemos funções numa residência sénior, e este modelo enfatiza o envolvimento dos participantes proactivamente,

num trabalho conjunto, em parceria, com o objetivo de a pessoa idosa assumir o cuidado de Si, mantendo o seu projeto de vida e saúde, promovendo, também, a satisfação do exercício profissional do enfermeiro. A avaliação da pessoa idosa deve ser feita a nível multidimensional, e, sabe-se, que, por vezes, é necessário fazer o encaminhamento para determinadas especialidades quando não está nas nossas competências a resolução daquele problema. Em contexto de trabalho, foi-nos atribuída uma posição de referência pelos pares, pela equipa multidisciplinar e até pelos residentes.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi necessário um investimento em áreas teóricas, como o envelhecimento, a dor, gestão terapêutica e, até, técnicas de comunicação. Só assim poderia ser sentida a confiança necessária para desempenhar o papel de enfermeira num CMD. É essencial que a nossa praxis seja baseada em evidência científica, e haja a certeza da informação que se transmite à pessoa a quem se prestam cuidados. Se assim não for, não só a relação de confiança não será estabelecida, como irá comprometer as relações futuras da pessoa idosa com os nossos pares.

Considera-se que o desenvolvimento nestes quatro domínios permite alcançar a excelência do exercício profissional.

As **competências de mestre** foram adquiridas ao longo do 1º, 2º, e 3º semestre do Curso de Pós-Licenciatura de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, mas aprofundadas com maior intensidade, no 3º semestre, com a implementação do projeto de estágio.

Seguindo as diretrizes dos Descritores de Dublin, o aluno que pretenda a qualificação de mestre deve preencher os requisitos abordados no Decreto-Lei nº 74/2006 do Diário da República. As competências de mestre foram adquiridas desenvolvendo e aprofundando os conhecimentos sobre a pessoa idosa com dor crónica, especificamente nas dificuldades apresentadas na gestão do plano terapêutico, com recurso à revisão de literatura geral sobre os temas, à elaboração de uma revisão *scoping* e à elaboração e implementação de um projeto de estágio. A aplicação do conhecimento desenvolvido, foi realizada em contexto profissional, com a partilha de saberes com os pares, mas primordialmente foi aplicado no CMD, constituindo este um contexto profissional diferente para o estagiário. No CMD a partilha de saberes foi realizada com a população que recorria ao CMD, especialmente com as pessoas idosas, e com a equipa multidisciplinar. Reconhecemos que a gestão do plano terapêutico pela pessoa idosa com dor crónica possa constituir uma questão complexa, mas foi também esse um dos motivos que nos levou ao desafio para promover melhor QdV à pessoa idosa com dor

crónica, através de estratégias desenvolvidas, de forma reflexiva e mantendo sempre o compromisso de manter os valores éticos e deontológicos, pela equipa multidisciplinar e, especificamente, com a equipa enfermagem.

Quanto às **limitações do projeto** desenvolvido no CMD, “*Gestão da dor crónica da pessoa idosa e família num Centro Multidisciplinar de Dor: Intervenção de Enfermagem na consulta para a Promoção do Cuidado de Si*”, e remetendo para a análise SWOT, o facto de ser um elemento externo à equipa tinha, na fase de projeto, sido constituído como possível “ameaça”. Tal não se verificou. A equipa multidisciplinar do CMD proporcionou um ambiente familiar e de integração quase imediato, o que constituiu um agente facilitador para a implementação do projeto.

Foi um desafio conciliar a carga horária do estágio, com a do local de trabalho e, ainda, articular com as pesquisas necessárias para a elaboração dos trabalhos propostos e para a aquisição de competências. Considera-se esta gestão de tempo um fator de stress.

Considera-se também que, o tempo de realização de consulta de acolhimento para a pessoa idosa preconizado, de 30 minutos, é insuficiente para permitir que a pessoa idosa tenha o tempo e espaço que necessita para expor todas as suas questões, sem pressões, e reconheça o interesse, por parte do enfermeiro, em estabelecer uma relação de parceria. De salientar que a equipa multidisciplinar tenta manter a privacidade das pessoas com dor crónica que recorrem ao CMD, mas nem sempre encontramos um ambiente ideal, quando, por exemplo, são realizadas duas consultas na mesma sala, estando a sala apenas dividida por um biombo. Não só é difícil manter a privacidade, como a concentração dos profissionais de saúde e dos próprios doentes. Para a pessoa idosa, devido às características da senescência, é ainda mais difícil manter a concentração e interiorizar tudo o que lhe é dito na consulta.

Dado o contexto de multifuncionalidade dos gabinetes do CMD, e a impossibilidade de o hospital ceder uma sala para a realização das entrevistas, propôs-se a todos os participantes do estudo que as entrevistas se pudessem realizar no domicílio, sendo que apenas quatro acederam ao pedido. As restantes entrevistas foram o desafio realizar no hospital, pelas condições já referidas.

O facto de ter sido a mesma enfermeira a realizar o acompanhamento desde a consulta de acolhimento até à entrevista, acompanhamento, este, baseado no processo de parceria e que permitiu estabelecer uma relação de confiança, pode-se inferir que as respostas às questões na entrevista são mais sinceras, mais honestas.

Por último, a inexperiência nas técnicas de investigação, como análise de conteúdo, tornou esta fase mais morosa.

CONCLUSÃO

O relatório do estágio que decorreu num CMD de um Hospital Central, descreveu as atividades que aí foram desenvolvidas e onde foram adquiridas competências de enfermeira especialista e mestre. Essencialmente todas as competências adquiridas convergiram na implementação do projeto “*Gestão da dor crónica da pessoa idosa e família num CMD: Intervenção de Enfermagem na consulta para a Promoção do Cuidado de Si*” que se inseria num projeto de investigação-ação implementado no CMD: “*CT na unidade de dor: Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa*”. A pertinência do projeto desenvolvido em estágio surgiu na fase de diagnóstico da situação, em que se verificou que havia interesse em perceber quais as dificuldades que a pessoa idosa, com dor crónica, e família têm na gestão do seu plano terapêutico, pretendendo-se perceber como o enfermeiro pode promover o cuidado de Si/ assumir o cuidado do Outro, na gestão do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica e família, para que estes pudessem prosseguir com o seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2016).

A importância de incidir neste grupo etário baseia-se no facto de quase 50% dos doentes que realizaram a primeira consulta no último semestre de 2018 no CMD serem pessoas idosas. O referido vem ao encontro do que diz a DGS em 2010, i.e., os gastos em saúde têm tido cada vez mais uma maior dimensão com a população idosa. Consequência do envelhecimento da população, em que os anos aumentados de vida não são vividos com saúde (PORDATA, 2019). O envelhecimento traz consigo, na maioria das vezes, um aumento de doenças crónicas, associando-se a estas a dor crónica, assim como o aumento no índice de dependência da pessoa idosa, havendo uma subcarga das unidades de saúde e do sistema social (Souza & Barcellos, 2018; INE, 2019).

Em Portugal, o único estudo que evidencia a prevalência de dor crónica foi realizado em 2012, e revelou que a prevalência de dor crónica é de cerca de 37%, e destes, 20% são pessoas idosas. A dor crónica pode desencadear múltiplas complicações a nível físico, psicológico e social, constituindo um fator de fragilidade (Koponen et al., 2013; Horgas et al., 2016; Jett, 2018). E, apesar de a nível governamental se terem tomado medidas para diminuir o flagelo da dor, esta continua, principalmente na pessoa idosa, a ser subdiagnosticada e subtratada (Cardoso, 2015). Isto deve-se a causas individuais, como por exemplo a ideia da própria pessoa idosa de que a dor é inerente ao processo de envelhecimento; profissionais, quando relacionado com o défice de formação na área da avaliação e gestão da dor; e

organizacionais, quando, p. ex., existe um difícil encaminhamento para as unidades de tratamento especializadas (Castro- Lopes, 2010; Porché, 2010).

Os mitos e estereótipos criados em torno da pessoa idosa, e, em concreto, com dor crónica urgem ser dissipados, pois só assim o enfermeiro poderá realizar uma avaliação multidimensional isenta, um planeamento do tratamento em parceria com a pessoa idosa e família, visando à execução eficiente do seu plano terapêutico, mantendo ou reajustando o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2016).

A aquisição de competências de enfermeira especialista desenvolveu-se durante o percurso académico da especialidade em enfermagem, mas foi em contexto prático, através do estágio, que se desenvolveu a perícia do cuidar, centrando-se nas especificidades que cada pessoa idosa apresentava. Esta praxis foi baseada no Modelo de Parceria de Gomes (2016), que promoveu, entre o enfermeiro e a pessoa idosa com dor crónica, uma relação de confiança, de parceria, através da capacitação e assunção de compromissos, que promove a capacidade de a pessoa idosa assumir o cuidado de Si, especificamente na gestão do seu plano terapêutico.

Para perceber quais as dificuldades referidas pela pessoa idosa com dor crónica no CMD, das 33 consultas de acolhimento programadas a pessoas idosas no mês de outubro de 2018 no CMD, foram recrutados 15 participantes para o estudo. A participação das pessoas idosas, desde a consulta de acolhimento até à fase das entrevistas, foi feita de forma esclarecida, em conformidade com questões éticas e deontológicas, em que foram assinados os consentimentos informados por todos os participantes, sabendo estes que a qualquer momento poderiam desistir de participar no estudo, sem qualquer implicação nos cuidados prestados pelo CMD. Após a primeira CT programada (15 dias), ficaram apenas 13 participantes que permaneceram na segunda (1º mês) e terceira CT (2º mês). Mas na fase da entrevista (3º mês) apenas decidiram participar 11. A entrevista realizada foi semiestruturada e decorreu em ambiente domiciliário ou hospitalar, de acordo com a disponibilidade da pessoa idosa. A análise dos dados foi realizada de forma quantitativa e qualitativa, sendo a última através de análise de conteúdo.

Podemos constatar que, com o seguimento das CT programadas, houve uma diminuição da intensidade da dor, assim como um aumento dos padrões de QdV. Os participantes referiram um maior alívio da dor com os tratamentos e medicação instituídos no CMD. Com o seguimento durante três meses destas pessoas idosas com dor crónica observou-se: a existência de flutuações no cumprimento da medicação; de forma geral, as intervenções invasivas e tratamentos, como diatermia ou Qutenza®, são sempre cumpridos; assim como as

consultas do CMD e as de psicologia, não acontecendo o mesmo com as consultas de aconselhamento nutricional; as indicações / aconselhamentos dados pelos profissionais de saúde foram cumpridos, exceto no caso da hidroterapia, que as pessoas idosas referiam não ter condições económicas para realizar. A grande causa para o incumprimento do plano terapêutico reside nos efeitos adversos da medicação, seja por medo de sofrer ou por já ter sofrido destes.

As dificuldades na gestão do plano terapêutico referidas pelos participantes convergiram com as encontradas na revisão *scoping* realizada. As pessoas idosas referiram como maiores dificuldades: as alterações mnésicas; as dificuldades económicas; a biodisponibilidade do medicamento fornecido na farmácia; a polimedicação; a dificuldade em recorrer ao médico de família; os efeitos adversos da medicação; a dificuldade em cumprir regime alimentar; o descrédito na medicação; e o seguimento em consultas de diferentes especialidades.

As dificuldades enunciadas reforçam a importância do papel proativo que o enfermeiro deve assumir para intervir / prevenir situações, capacitando/possibilitando a pessoa idosa/familiar na gestão do seu plano terapêutico, constituindo-se como um agente facilitador deste processo de crise, sendo um parceiro da pessoa idosa nas suas tomadas de decisão conscientes (Gomes, 2016).

Segundo os participantes, a abertura na comunicação pela enfermeira na CT programada constituiu-se como uma estratégia para ultrapassar as dificuldades sentidas na gestão do plano terapêutico. Referem que a CT programada fornece orientação e apoio e antecipa situações de crise.

A CT constitui uma mais-valia na intervenção de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica, pois permite a monitorização da pessoa idosa e do cumprimento do plano terapêutico, o que permite despistar dor não controlada, detetar precocemente efeitos adversos, ou dar apoio emocional, sem ser necessária a deslocação da pessoa idosa a uma instituição de saúde. Poupa-se tempo, dinheiro, e desconfortos à pessoa idosa, e permite ao enfermeiro a sua intervenção sem sair do seu local de trabalho. (Martins & Lopes, 2010).

Especificamente, as pessoas idosas com dor crónica entrevistadas referiram que a CT programada as surpreende, de forma positiva, mostra o gosto e interesse da equipa em cuidar da pessoa idosa, e proporciona uma sensação de alívio e bem-estar,

É uma conversa simpática... como é que eu hei-de explicar... parece que é... quando uma pessoa está com frio e depois leva com um cobertor em cima e fica assim mais quentinho (...) Em certa medida é isso (...) Fico acolhedor com a conversa... parece que me esqueço das coisas e... Não... esqueço-me do dia a dia e fico satisfeito com a conversa. E11

Infere-se da análise das entrevistas que a dor crónica interfere a vários níveis na capacidade de a pessoa idosa cuidar de Si. Tem interferência nas suas ABVD, assim como nas AIVD, comprometendo a sua independência. Mas a dor também afeta a pessoa idosa a nível psicológico e emocional, gerando ansiedade, levando ao desespero, a ter alterações de humor, a deixar de fazer o que gosta e a isolar-se. Estes fatores condicionam a vida pessoal (relações familiares) e social da pessoa idosa. Da mesma forma, as crenças e as vivências traumáticas relacionadas com a dor podem interferir na capacidade de a pessoa idosa cuidar de Si. A incapacidade, real ou percecionada pelos familiares, pode levar a sentimentos de inutilidade na pessoa idosa, que geram frustração, desanimo e tristeza.

Mas evidencia-se também a forma como a pessoa idosa, de acordo com as suas limitações, se adapta, aceita de forma mais ou menos tranquilizadora as suas limitações, e reajusta o seu projeto de vida e saúde. A dor também a fez aprender a cuidar de Si.

A arte de cuidar, como nos diz Collière (2003), antecede todas as outras, sem a qual não existiríamos, e, no entanto, mantém-se ainda tão desconhecida e a variedade dos seus resultados ainda por conhecer. A maneira como se cuida dos utentes é de extrema importância e, na pessoa idosa, a disponibilidade de tempo e um sorriso empático pode resultar numa parceria de cuidados exemplar, pois a pessoa investida também não vai quer desapontar quem investe em si. É o compromisso assumido com aquele que lhe deu atenção, que cuidou de si, que apoiou e esteve sempre presente.

Corroboramos com Lima (2016) quando diz que a velhice não é vista por muitos como um privilégio, obriga a considerar questões existenciais, políticas, económicas e sociais, tais como o sentido da reforma, o lugar e o poder das pessoas idosas na sociedade, o relacionamento intergeracional, o desenvolvimento ao longo do ciclo da vida, a educação permanente, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde, e a QdV das pessoas idosas mas, para o enfermeiro, privar com pessoas idosas, cuidar delas, estabelecer relações de parceria, de confiança, enfim, cuidar de pessoas idosas, deve ser um privilégio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achterberg, W. P. *et al.* (2013). Pain management in patients with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1471-1482.
- Alon, Eli. (2012) Chronic Pain: A Disease in its Own Right. *Newsletter*.
- American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002). The Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American geriatrics Society*. 50 (6), 205-224;
- Arnstein, P. & Herr, K. (2010). Pain in older person. In S. M. Fishman, J. C. Ballantyne & J.P. Rathmell. *Bonica's Management of Pain* (4th edition) (pp. 782-790). Lippincott Williams & Wilkins.
- Ayres, E., Warmington, M., & Reid, M. C. (2012). Chronic pain perspectives: Managing chronic pain in older adults: 6 steps to overcoming medication barriers. *The Journal Of Family Practice*, 61(9 Suppl), S16-S21. Acedido em 22.07.2018 disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=23000668&site=ehost-live>
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L.; Dias, C.C. & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13 (8), 773-783. Disponível em: [http://www.jpain.org/article/S1526-5900\(12\)00664-5/abstract](http://www.jpain.org/article/S1526-5900(12)00664-5/abstract)
- Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo*. 4ª Edição. Lisboa: Edições70.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Cardoso, A. (2015). *Manual de Tratamento da dor*. Lisboa: Lidel.
- Castro-Lopes, José, et al.(2010) *Pain Proposal – A Dor Crónica em Portugal*.
- Cheng, S., Chan, K. L., Lam, R. L., Mok, M. T., Chen, P. P., Chow, Y. F., & ... Tam, C. C. (2017). A multicomponent intervention for the management of chronic pain in older adults: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 528. Acedido em 16.06.2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=21&sid=f0d21b08-a8b8-4a1b-bb2572c8487a8b84%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=29121961&db=mnh>
- Collière, M.F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *CIPE: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.
- Declaração de Montreal (2010). *Declaration that Access to Pain Management is a Fundamental Human Right*. Acedido em: 16-3-2018. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/PainSummit/DeclarationOfMontreal.pdf>
- Dias, A. M.; Cunha, M.; Santos, A.; Neves, A.; Pinto, A. Silva, A. Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. *Millenium* 40, 201-219.
- Diniz, L. (2017). Dor Crónica. In: C. Ritto; F. Naves; F. D.Rocha; I. Costa; L. Diniz; M. B. Raposo; P. R. Pina; P. R. Milhomens; P. R. Faustino (Aut.). *Manual de dor Crónica* (pp. 87-100). Lisboa: Jorge Fernandes Lda.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2001). *Plano Nacional de luta contra a dor*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 25/04/2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor.aspx>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2003). *A Dor como 5º Sinal Vital: Registo Sistemático da Intensidade da dor*. Circular Normativa Nº9/DGCG de 14/06/2003. Direcção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2010). *Orientação e circular normativas nº 015/2010*. 14/12/2010. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Acedido em 25/04/2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/?cr=16947>;
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2011). *Tratamento Farmacológico da Osteoporose Pós-menopáusia*. Norma nº 027/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em: 30.10.2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0272011-de-29092011-jpg.aspx>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2012). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 25/04/2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>;
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ferreira, A. J. (2014). Demografia e epidemiologia do envelhecimento. IN M. T. Veríssimo (Coord.), *Geriatría Fundamental. Saber e praticar*. (pp. 59-64). Lisboa: LIDEL.
- Fortin, M.F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

- Gomes (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Lisboa: Novas Edições Académicas.
- Gropelli, T., & Sharer, J. (2013). Nurses' perceptions of pain management in older adults. *Medsurg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses*, 22(6), 375-382. Acedido em 16.06.2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=22&sid=f0d21b08-a8b8-4a1b-bb25-72c8487a8b84%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=24600934&db=mnh>
- Guarda, H. (2007). Avaliação da Dor na Pessoa Idosa não- comunicante verbalmente- Escala Doloplus 2. *Revista DOR*, 15 (1), 41-47.
- Hall, T. (2016). Management of persistent pain in older people. *Journal Of Pharmacy Practice & Research*, 46(1), 60-67. Acedido em 16.06.2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=26&sid=f0d21b08-a8b8-4a1b-bb25-72c8487a8b84%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=114490249&db=rzh>
- Horgas, A. L., Grall, M. S. & Yoon, S. L. (2016). In M. Boltz, E. Capezuti, T. T. Fulmer, & D. Zwicker. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice (5th Ed.)* (pp. 263-282). New York: Springer Publishing Company.
- Instituto Nacional de Estatística (2013). *Destaque Informação à comunicação social. Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança*. Acedido a:03.01.2020. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=206614582&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014* Acedido a 03-01-2019. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (2019). *Destaque Informação à comunicação social. Estimativas de população residente em Portugal – 2018*. Acedido a 03-01-2019. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=354227526&DESTAQUESmodo=2

International Association for study of Pain (IASP) (2006). Older people's pain. *Pain Clinical Updates*, 15(3), 1-4.

International Association for study of Pain (IASP) (2011). IASP Taxonomy. Acedido a: 16.06.2018. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm-Pain>

International Association for study of Pain (IASP) (2017). 2019 Global year against pain in the most vulnerable. Acedido a 03.01.2020. Disponível em: <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/global-year-pain>

International Association for study of Pain (IASP) (2018). 2018 Global year for excellence in pain education. Acedido a 03.01.2020. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/FactSheets/ExcelenciaNaEducacao/6_Patient_Voices_Portuguese.pdf

Jett, K. F. (2014). Pain and Comfort. In T. A. Touhy & K. F. Jett (2018). *Ebersole and Hess' Gerontological Nursing & Healthy Aging (5th Ed.)* (pp. 236-248). Missouri, St. Louis: Elsevier;

Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/ Supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews.

Kondo, S.; Shiba, S.; Udagawa, R.; Ryushima, Y.; Yano, M.; Uehara, T.; Asanabe, M.; Tamura, K.; Hashimoto, J. (2015). *Assessment of adverse events via a telephone consultation service for cancer patients receiving ambulatory chemotherapy*. BMC Research Notes. 8. 2-7.

Kopf, A. (2013). Dor na Velhice e Demência. In A. Kopf & N. B. Patel (Eds). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (pp. 291-298). Seattle: Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP). Koponen, M. H., Bell, J. S., Karttunen, N. M., Nykänen, I. A., Desplenter, F. M., & Hartikainen, S. A. (2013). Analgesic Use and Frailty among Community-Dwelling Older People. *Drugs & Aging*, 30(2), 129- 136. Acedido em 16.06.2018.

Koponen, M. H., Bell, J. S., Karttunen, N. M., Nykänen, I. A., Desplenter, F. M., & Hartikainen, S. A. (2013). Analgesic Use and Frailty among Community-Dwelling Older People. *Drugs & Aging*, 30(2), 129- 136. Acedido em 16.06.2018. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=23288603&site=ehost-live>

- Larner, Douglas. (2014) Chronic Pain Transition: A Concept Analysis. *Pain Management Nursing*. 15, Vol. 3, pp. 707-717.
- Lei nº 74/2006 de 24 de março (2006). O regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República I Serie*, Nº 60 (24.03.2006). 2242-2257.
- Lima, M. P. (2016). Envelhecimento ativo e com sentido. In: H. Firmino, M. R. Simões, J. Cerejeira (Coords), *Saúde Mental nas Pessoas mais Velhas* (pp. 3-17). Lisboa: Lidel.
- Lopes, M. A. P. (2013). *O Cuidado de enfermagem à pessoa idosa*. Loures: Lusociência.
- Martins M.; Lopes, M. (2010). A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente e Família com Dor Crónica, numa unidade de dor. *Pensar Enfermagem*. 14 (1). 39- 57.
- Matos, M., Bernardes, S. F., & Goubert, L. (2016). The relationship between perceived promotion of autonomy/dependence and pain-related disability in older adults with chronic pain: the mediating role of self-reported physical functioning. *Journal Of Behavioral Medicine*, 39(4), 704-715. . Acedido em 16.06.2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=23&sid=f0d21b08-a8b8-4a1b-bb25-72c8487a8b84%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=26922802&db=mnh>
- Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, et al. Experiencing Transitions: An Emerging MiddleRange Theory. *Advances in Nursing Science*. 2000; 23 (1): 12-28
- Ministério da Saúde (2018). Telesaúde. Acedido em: 20.07.2018. Disponível em: <http://www.cnts.min-saude.pt/category/telessaude/definicao/>
- Neves da Mota, L. A., Sousa Cruz, M. A., & Oliveira Costa, C. A. (2016). Therapeutic self-management - development of a flowchart to support decision-making: qualitative study. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 71–78. <https://doi.org/10.12707/RIV16056>
- Oliveira, C. A. C. (2015). *Autocuidado: gerir regime medicamentoso – uma revisão integrativa da literatura – contributo para o desenvolvimento de um modelo clínico de dados de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10771/1/teseformatada02_11.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2008). DOR- Guia Orientador de Boa Pratica. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009). Parecer do Conselho Jurisdicional 102/2009: Consulta de Enfermagem por via Telefónica. Acedido a 16.03.2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer102_2009_consulta_enfermagem_telefone.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011). Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. DR, II Serie, nº 26 (06-02-2019) 4744-4750.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*. Brasil: WHO. Acedido a 16-12-2017. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- Park, J., Clement, R., Hooyman, N., Cavalie, K., & Ouslander, J. (2015). Factor structure of the Arthritis-Related Health Belief instrument in ethnically diverse community-dwelling older adults with chronic pain. *Journal Of Community Health*, 40(1), 73-81. . Acedido em 16.06.2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=25&sid=f0d21b08-a8b8-4a1b-bb25-72c8487a8b84%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=24907977&db=mnh>
- Parker, S. J., Jessel, S., Richardson, J. E., & Reid, M. C. (2013). Older adults are mobile too! Identifying the barriers and facilitators to older adults' use of mHealth for pain management. *BMC Geriatrics*, 1343. . Acedido em 16.06.2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=24&sid=f0d21b08-a8b8-4a1b-bb25-72c8487a8b84%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=23647949&db=mnh>
- Pimentel, F. L. (2014). Cuidados paliativos em idosos. In M. T. Veríssimo, M (coord.). *Geriatría fundamental – saber e praticar* (pp. 375-383). Lisboa: Lidel;
- Pina, P. R. (2017). Generalidades e especificidades sobre a dor crónica. In: C. Ritto; F. Naves; F. D.Rocha; I. Costa; L. Diniz; M. B. Raposo; P. R. Pina; P. R. Milhomens; P. R. Faustino (Aut.). *Manual de dor Crónica* (pp. 23-61). Lisboa: Jorge Fernandes Lda.
- Porché, R. A.(Ed.) (2010). *Approaches to Pain Management: An Essential Guide for Clinical Leaders (2th ed.)*. Illinois: Joint Commission Resources. Acedido em 13/05/2018. Disponível em http://www.jointcommissioninternational.org/assets/1/14/APM10_Sample_Pages2.pdf

- Rapo-Pylkkö, S., Haanpää, M., & Liira, H. (2016). Chronic pain among community-dwelling elderly: a population-based clinical study. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 34(2), 159-164. Acedido em 13/05/2018. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=27065337&site=ehost-live>
- Ribeiro, A. L. A. (2013). *A pessoa com dor cronica - Um modelo de acompanhamento de enfermagem*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade Católica Portuguesa, Porto (Ruivo, Nunes, Ferrito & Colaboradores, 2010).
- Ritto, C; Rocha, F. D. (2017). Avaliação da Dor. In: C. Ritto; F. Naves; F. D. Rocha; I. Costa; L. Diniz; M. B. Raposo; P. R. Pina; P. R. Milhomens; P. R. Faustino (Aut.). *Manual de dor Crónica* (pp. 101-123). Lisboa: Jorge Fernandes Lda.
- Ruivo, M.A., Ferrito, C., Nunes, L. & estudantes do 7º CLE (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. 15. 1-37.
- Santana, I.; Duro, D. (2014). Envelhecimento cerebral e demência. In M.T. Veríssimo, (Coord.), *Geriatría fundamental – Saber e Praticar* (pp. 159-178). Lisboa: Lidel.
- Santos, F. C., Bezerra Thé, K. (2018) Primeiros Passos em Direção à Terapêutica Analgésica em Idosos: Avaliação e Mensuração da Dor. In A. L. F. Bersani; B.F. Barros; N. S. Moraes; F. C. Santos (Ed.), *Terapêutica da Dor no Idoso. Guia prático* (pp. 7-17). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Sequeira, C. (2018a). Envelhecimento, autonomia e dependência. In C. Sequeira (Coord.), *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp. 1-5). Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2018 b). Contextualização do envelhecimento. In C. Sequeira (Coord.), *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp. 6-17). Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2018 c). Implicações do envelhecimento. In C. Sequeira (Coord.), *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp. 18-27). Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C.; Coelho, T. (2016). Comunicação Terapêutica. In: C. Sequeira (Coord.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp.97-102). Lisboa: Lidel.
- Souza, M.R.; Barcellos, D.K. (2018). Particularidades da terapêutica da dor no envelhecimento. In A. L. F. Bersani; B.F. Barros; N. S. Moraes; F. C. Santos (Ed.), *Terapêutica da Dor no Idoso. Guia prático* (pp. 1-5). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Streubert, H. e Carpenter D. R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*. Lusodidacta: Loures.

- Sun, W., Doran, D. M., Wodchis, W. P., & Peter, E. (2017). Examining the relationship between therapeutic self-care and adverse events for home care clients in Ontario, Canada: a retrospective cohort study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 206. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2103-9>
- Thompson, I. E., Melia, K.M. & Boyd, K.M. (2004) *Ética em Enfermagem*, Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Turk, D. C. e Wilson, H. D. (2010) Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: Conceptual models, assessment, and treatment implications. *Current Pain & Headache Reports*. 14, Vol. (2), pp. 88–95
- UI&DE (2017). Ficha de Projeto: Consulta telefónica na unidade de dor: Promoção do Cuidado de Si à PI com dor crónica em casa. Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem, Lisboa, Portugal.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação – O processo de Construção do Conhecimento* 2ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Wright, L.M., Leahey M. (2015). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. 5ª edição. São Paulo: Roca.
- Yin, R.K. (2015). *Estudo de Caso – Planejamento e Métodos*. 5ª Edição. São Paulo: Bookman editora.

<https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%c3%a7a+de+vida+%c3%a0+nascen%c3%a7a+total+e+por+sexo-1260>

APÊNDICES

APÊNDICE I

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

Instrumentos de avaliação da dor unidimensionais e de autoavaliação

A DGS em 2003 constituiu a dor como “o 5º sinal vital”. Na circular normativa nº 09/DGCG de 14.06.2003 refere que,

o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde. (...) A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente. (DGS, 2003 p.1).

A DGS (2003) recomenda a utilização da escala visual analógica, da escala numérica, da escala qualitativa ou da escala de faces para a avaliação da intensidade de dor. As escalas referidas apenas avaliam a intensidade da dor e, por isso, são consideradas unidimensionais. São, ainda, escalas de autoavaliação (Ritto & Rocha, 2017).

A DGS (2003) apresenta-nos:

Escala Visual Analógica

Sem Dor _____ Dor Máxima

A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada, numa extremidade, a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. A pessoa terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua dor. Mede-se, posteriormente, e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que declara a intensidade da dor da pessoa.

Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas de 0 a 10. Pretende-se que a pessoa faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma

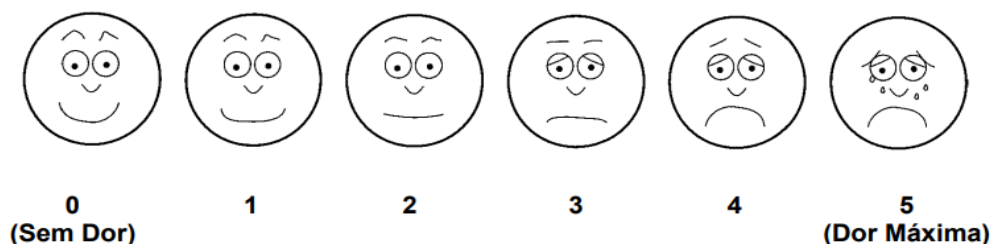
classificação numérica, sendo que o 0 corresponde à classificação “Sem Dor” e o 10 à classificação “Dor Máxima” (dor de intensidade máxima imaginável).

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
----------------	--------------------	---------------------	--------------------	-------------------

Na Escala Qualitativa, solicita-se à pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”.

Escala de Faces



Na Escala de Faces, é solicitado à pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que a expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e a expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”.

Instrumentos de Avaliação da Dor Multidimensionais e de Autoavaliação

Inventário Resumido da Dor (IRD)

O IRD é um questionário de autoavaliação multidimensional. É constituído por um diagrama corporal e várias escalas numéricas, fornecendo informações sobre as condições físicas, psicossociais e comportamentais das pessoas com dor crónica. O questionário reporta-se à semana anterior à aplicação da escala e ao momento da sua utilização. Esta escala avalia o impacto da dor nas atividades de vida diárias e a avaliação do alívio obtido com a analgesia. (Ritto & Rocha, 2017).

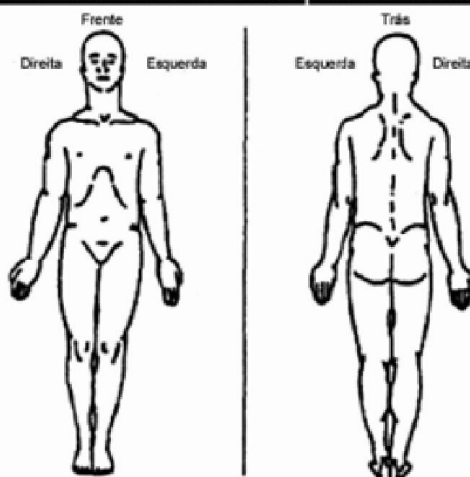
Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado)

- 1 Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?

Sim

Não

- 2 Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.**



- 3 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** durante a última semana.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor											A pior dor que se pode imaginar

- 4 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

- 5 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor **em média**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

- 6 Por favor classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor neste preciso momento.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor										A pior dor que se pode imaginar

7 Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8 Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Nenhum Alívio
alívio completo

9 Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A Actividade geral

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

B Disposição

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

C Capacidade para andar a pé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

D Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

E Relações com outras pessoas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

F Sono

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

G Prazer de viver

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

Versão portuguesa do *Brief Pain Inventory (Short Form)*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD.

Instrumentos de avaliação da dor por heteroavaliação

As escalas de avaliação da dor por heteroavaliação são utilizadas na impossibilidade de utilizar as escalas de autoavaliação.

Doloplus 2 – Avaliação Comportamental da Dor na Pessoa Idosa

Esta escala é utilizada quando a pessoa idosa apresenta alterações do comportamento e não consegue fazer a avaliação da sua dor crónica, podendo mesmo ser utilizada em pessoas idosas com alterações cognitivas moderadas a severas.

É constituída, basicamente, por 3 parâmetros - somáticos, psicomotores e psicossociais – que estão divididos em categorias, e estas são avaliadas a partir de quatro itens. Cada item é nivelado com quatro descrições comportamentais, representando o aumento da intensidade da dor (pontuados de 0 a 3). O score total está compreendido entre 0 e 30, considerando-se que o idoso tem dor a partir do score 5.

ESCALA DOLOPLUS					
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA					
APELIDO.....NOME PRÓPRIO		DATAS			
SERVIÇO.....					
		Observação comportamental			
REPERCUSSÃO SOMÁTICA					
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2
	. posição antálgica permanente e ineficaz	3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual	0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual	0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer	1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA					
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL					
8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos,...)	0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	. Recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3
COPYRIGHT Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos - Fevereiro 2006 - Hironidina Guarda		PONTUAÇÃO			

PAINAD – Escala de Avaliação da Dor na Demência Avançada

Esta escala avalia a dor em pessoas idosas não comunicantes, com dor aguda ou crónica. Permite avaliar a dor em repouso e durante os cuidados, sem necessidade de conhecer as manifestações habituais da pessoa (Batalha et al., 2012). A escala é composta pelos indicadores: respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade;

cada um deles pontuado de 0 a 2. O Score total está compreendido entre 0 e 10. Considera-se score de 1 a 3 dor ligeira, de 4 a 6 dor moderada e de 7 a 10 dor severa. (Batalha et al., 2012).

Versão Portuguesa da escala PAINAD

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal.	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa.	2
	Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-Stok</i> .	
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional.	1
	Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
	Relaxada.	0
Linguagem corporal	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos flectidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
	Sem necessidade de consolo.	0
Consolabilidade	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. et al. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, III (8), 7-16.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2003). *A Dor como 5º Sinal Vital: Registo Sistemático da Intensidade da dor*. Circular Normativa N°9/DGCG de 14/06/2003. Direcção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. N° 015/2010 de 14 de dezembro. Direcção-Geral da Saúde.
- Guarda, H. (2007). Avaliação da Dor na Pessoa Idosa não- comunicante verbalmente- Escala Doloplus 2. *Revista DOR*, 15 (1), 41-47.
- Ritto, C; Rocha, F. D. (2017). Avaliação da Dor. In: C. Ritto; F. Naves; F. D. Rocha; I. Costa; L. Diniz; M. B. Raposo; P. R. Pina; P. R. Milhomens; P. R. Faustino (Aut.). *Manual de dor Crónica* (pp. 101-123). Lisboa: Jorge Fernandes Lda.

APÊNDICE II

ESCADA ANALGÉSICA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

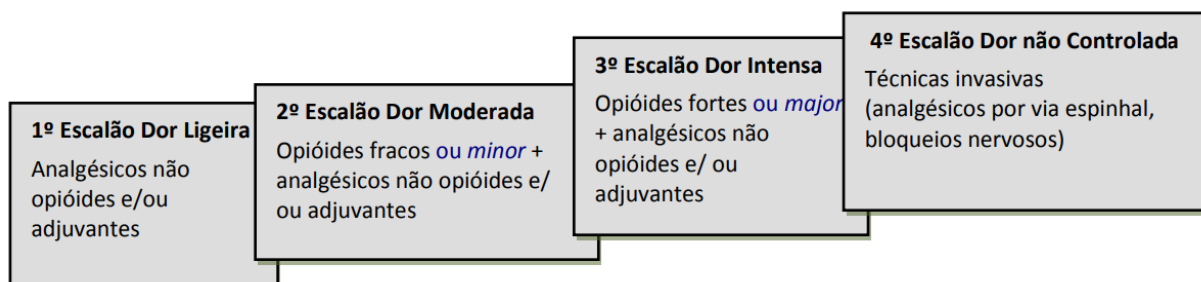
ESCALA ANALGÉSICA DA OMS

A OMS desenvolveu um modelo de tratamento da dor de acordo com a sua intensidade, estabelecendo, inicialmente, três degraus. O primeiro degrau corresponde à dor de intensidade leve, devendo ser tratada com analgésicos não-opioides e anti-inflamatórios não esteroides (AINE's). O segundo degrau refere-se à dor de moderada intensidade e deve ser tratada com opioides fracos. O terceiro degrau diz respeito à dor intensa, que deve ser tratada com opioides fortes. Foi feita uma adaptação a esta escada, onde foi introduzido um quarto degrau, que corresponde à dor intensa refratária à farmacoterapia, estando indicado o tratamento com procedimentos invasivos associados aos opioides fortes. Em qualquer degrau podem ser associados os analgésicos não opioides e os AINE's, assim como fármacos adjuvantes³ (antidepressivos, anticonvulsivantes, corticoides e relaxantes musculares). (Bersani & Moraes, 2018).

Segundo a DGS (2010), a pessoa idosa com dor crónica moderada a intensa deverá realizar tratamento farmacológico idêntico ao que seria realizado a uma pessoa mais jovem, seguindo as orientações da escada analgésica da OMS, com os ajustes necessários às suas particularidades.

Na pessoa idosa, que se apresenta mais sensível aos efeitos adversos, a maioria dos analgésicos são eficazes e bem tolerados, quando usados com precaução. O efeito analgésico alcançado será o melhor indicador da dose e do ritmo de administração (DGS, 2010).

Escada analgésica modificada para o tratamento da dor



Fonte: DGS (2010 p.5)

³ **Fármacos adjuvantes** – são fármacos cujo efeito primário não consiste em analgesia, mas que, em associação com medicação analgésica, melhoram a sua potência antiálgica. Podem prevenir e tratar sintomas concomitantes que exacerbam a dor e são especialmente utilizados na dor neuropática. (Bersani & Moraes, 2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bersani, A. L. F.; Moraes, N. S. (2018). Tratamento Farmacológico da Dor Crónica no Idoso. In: A. L. F. Bersani; B.F. Barros; N. S. Moraes; F. C. Santos (Ed.), *Terapêutica da Dor no Idoso. Guia prático* (pp. 25-48). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2010). *Orientação e circular normativas nº 015/2010*. 14/12/2010. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Acedido em 25/04/2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/?cr=16947;>

APÊNDICE III

ANÁLISE SWOT DO PROJETO; OBJETIVOS, ATIVIDADES E RESULTADOS ESPERADOS DO ESTÁGIO

ANÁLISE SWOT DO PROJETO, OBJETIVOS, ATIVIDADES E RESULTADOS ESPERADOS DO ESTÁGIO

No diagnóstico da situação foi elaborada uma análise SWOT que consiste no enquadramento de fatores negativos (fraquezas e ameaças) e positivos (forças e oportunidades) de um projeto, permitindo, assim, um momento de reflexão e consciencialização (Santos et al., 2007).

Quadro 2 – Análise SWOT do projecto			
		Ajuda	Dificulta
Origem do fator	Interno	<u>Forças (Strengths)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de motivação e persistência • Procura de novos conhecimentos • Aplicabilidade na prestação de cuidados diários 	<u>Fraquezas (Weaknesses)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Nível de iniciado ao que concerne ao tema • Dificuldade na gestão de tempo
	Externo	<u>Oportunidades (Opportunities)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a qualidade dos cuidados • ↑ Literacia em saúde • Promover envelhecimento seguro e saudável 	<u>Ameaças (Threats)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ser elemento externo à equipa de saúde

Foram delineados os objetivos gerais e específicos, as atividades que deveríamos realizar para a concretização destes, assim como os seus indicadores de avaliação. Estes encontram-se esquematizados no Quadro 3.

Quadro 3 - Objetivos de estágio, atividades e resultados esperados

1º Objetivo Geral: Desenvolver competências como enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na gestão do plano terapêutico na dor crónica da pessoa idosa / família seguida na CT de enfermagem de um CMD, promovendo o cuidado de Si.

Objetivo específico	Atividades	Indicadores
Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa com dor crónica e família, na gestão do plano terapêutico, promovendo o cuidado de Si.	Revisão da literatura sobre envelhecimento, avaliação das necessidades específicas no cuidado à pessoa idosa e família, dor crónica, consulta de enfermagem (presencial e telefónica).	Realizada revisão da literatura.
	Realização de revisão <i>scoping</i> sobre as dificuldades apresentadas pela pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico.	Realizada a revisão <i>scoping</i> .
	Frequentar formação externa na área da pessoa idosa e especificamente na dor.	Frequência de formação.
Intervir em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e família seguida na consulta presencial e telefónica de enfermagem do CMD na gestão do plano terapêutico promovendo o cuidado de Si.	Realização de estágio de especialidade no CMD de 24.09.2018 a 08.02.2019.	Realizou o estágio de especialidade.
	Realização de cuidados de enfermagem (avaliação multidimensional, planeamento, execução e monitorização) em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico.	Realizou cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico, validado pela enfermeira orientadora.
	Intervenção em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e família seguida na consulta presencial e telefónica de enfermagem do CMD, na gestão do plano terapêutico, promovendo o cuidado de Si.	Realizou consulta presencial e telefónica de enfermagem ao idoso com dor crónica e família.
	Elaboração de um estudo de caso	Realizou um estudo de caso.
	Realização de reuniões formais e informais com equipa de enfermagem e orientadora de estágio para reflexão das práticas	Realizou reuniões formais e informais com equipa de enfermagem e orientadora
	Realização de reuniões de orientação tutorial.	Realizou reuniões tutoriais
Sensibilizar a equipa de enfermagem do CMD para a intervenção em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico	Disponibilização de ações de formação sobre gestão do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica e família.	Realização de sessão de formação.
Realizar o relatório de estágio.	Realização do relatório de estágio, tendo em conta os critérios de avaliação do estágio.	Realizou o relatório de estágio.

Quadro 3 - Objetivos de estágio, atividades e resultados esperados

2º Objetivo Geral: Contribuir para o desenvolvimento do projeto que se encontra em curso no CMD em parceria com a UI&DE da ESEL intitulado: “CT na unidade de dor: promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa”, fomentando o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico, através da CT de enfermagem ou presencial.

Objetivo específico	Atividades	Indicadores
Realizar investigação sobre as dificuldades da pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico para promover o cuidado de Si.	Realização do projeto de investigação escrito que vai integrar o projeto já existente	Realizado projeto.
	Elaboração e entrega dos pedidos de autorização para a realização do estudo.	Entregues pedidos e autorizado o estudo.
	Construção de guiões para entrevistas semiestruturadas à pessoa idosa e à família.	Construídos os guiões para as entrevistas semiestruturadas.
	Realização de entrevistas semiestruturadas à pessoa idosa com dor crónica e à família seguidas na CT programada no CMD	Realizadas entrevistas à população alvo.
	Transcrição das entrevistas e análise de conteúdo das entrevistas realizadas.	Realizada a análise e interpretação do conteúdo das entrevistas.
Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa do CMD, na intervenção em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico, para promoção do cuidado de Si.	Reunião com equipa multidisciplinar para divulgação do projeto.	Realizada reunião.
	Realização de reuniões intermédias com a equipa multidisciplinar para apresentação de resultados, com perspetiva de análise de práticas de cuidados na equipa, sobre as dificuldades referidas pela pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico e quais as estratégias a utilizar para minimizar esses problemas, promovendo o cuidado de Si, com possíveis propostas de melhoria pela equipa e / ou entrevistados.	Realizadas as reuniões. Implementação de medidas de melhoria.
	Proposta de implementação de medidas no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na gestão do plano terapêutico na dor crónica da pessoa idosa / família, promovendo o cuidado de Si, na CT e presencial.	Implementação das medidas propostas.
	Reunião com equipa multidisciplinar para apresentação dos resultados finais do trabalho de investigação.	Realizada a reunião.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Santos, M., Sobreiro, L., Calca, P., (2007). Texto de Apoio: A análise SWOT e a seleção de prioridades. Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva”. Évora.

APÊNDICE IV

REVISÃO *SCOPING*

REVISÃO SCOPING

TÍTULO: Dificuldades da pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico seguidas num centro multidisciplinar de dor: uma revisão scoping

RESUMO

O envelhecimento da população mundial tem vivido lado a lado com o aumento das doenças crónicas e por sua vez da dor crónica. A dor crónica, especificamente na pessoa idosa, tem consequências a nível biopsicossocial, acarretando o aumento da despesa pública, tornando-se um problema de saúde pública. A não adesão ao plano terapêutico aumenta este problema de saúde pública com a sob carga das unidades de saúde e o aumento das despesas. Como tal, é importante detetar quais as causas que proporcionam uma má gestão no plano terapêutico na pessoa idosa com dor crónica para que se possam criar intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa. Só assim será possível à pessoa idosa com dor crónica prosseguir com seu projeto de vida e saúde.

Posto isto, fomos pesquisar na literatura quais as dificuldades apresentadas pela pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico.

A pesquisa realizou-se nos motores de busca EBSCO (nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e MedicLatina) e b-on. Após análise dos artigos foram selecionados 2, que nos destacam quais as dificuldades na gestão no plano terapêutico pelas pessoas com doença crónica.

1. BACKGROUND

Vivemos perante o aumento da esperança média de vida e a diminuição da taxa de natalidade, o que nos leva ao envelhecimento da população (INE, 2019). Mas este envelhecimento da população traz consigo também um aumento de doenças crónicas e o aumento da dor crónica, pois os anos vividos com saúde após os 65 anos são diminutos faces aos vividos até ao final da vida (Horgas et al., 2016; PORDATA, 2019). Todas estas questões têm repercussões pessoais na QdV da pessoa e família, sociais e económicas (DGS, 2010,2017).

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente de dano tecidual real ou potencial ou descrita como tal lesão (IASP, 2011). A dor crónica é aquela que persiste por um tempo superior a três meses, seja ela contínua ou intermitente (Cardoso, 2015).

A nível europeu a dor crónica afeta cerca de 20% população (Rapo-Pykko et al., 2016), havendo uma expressão elevada na população idosa, afetando 50% das pessoas idosas na comunidade, 80% das pessoas idosas que estão institucionalizadas (Cheng et al., 2017) e cerca de 54% das pessoas idosas no internamento médico hospitalar (Hall, 2016). Em Portugal a prevalência de dor crónica é de cerca de 37%, havendo também uma maior incidência nas pessoas idosas, 20% (Azevedo et al., 2012).

A dor crónica na pessoa idosa pode ser multifatorial (DGS, 2017) e ter consequências a vários níveis, físicos, psíquicos e sociais (Matos et al., 2016), podendo haver um comprometimento da capacidade do seu autocuidado, aumentando a probabilidade de institucionalização (Hall, 2016).

Várias medidas internacionais e nacionais foram colocadas em prática para diminuir o flagelo da dor, mas o que é certo é que a dor crónica continua a ser subvalorizada e subdiagnosticada (Cardoso, 2015). Considerando a relação existente entre aumento de idade e dor, torna-se claro que a desvalorização da mesma tem forte impacto na QdV nas pessoas idosas.

Existem muitos mitos e estereótipos sobre a dor e sua gestão na pessoa idosa, que são partilhados tanto pela pessoa idosa e seus familiares, como pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral. As explicações para a subvalorização e desadequada gestão da dor na pessoa idosa podem ser agrupadas em três determinantes: individual, profissional e organizacional. Na componente individual inclui-se o facto da própria pessoa idosa achar que a dor é inerente ao processo de senescência; preocupação em criar um rotulo negativo ao relatar que tem dor; medo da relação dor-prognostico de doença; medo dos efeitos secundários da medicação analgésico ou risco de adição; recusam a medicação fornecida pelos profissionais de saúde; preocupação com os gastos associados à medicação; acreditar que a dor não é uma queixa importante para os profissionais de saúde (American Geriatrics Society [AGS], 2002; Castro- Lopes, 2010); falta de coerência na perceção da dor entre a pessoa idosa e o seu cuidador; sistema de crenças do cuidador; passividade assumida pela pessoa idosa nos cuidados de saúde (Hall, 2016). A componente profissional correlaciona-se com: défice de formação na área da avaliação e gestão da dor; complexidade na gestão da dor com as outras comorbilidades; gestão da dor apenas centrada em terapêuticas farmacológicas;

receio associado aos efeitos secundários dos opióides e medo de adição; acreditar que a dor é inerente à velhice e que estes a sentem de forma menos intensa; dificuldade em avaliar a pessoa idosa com défices cognitivos; crenças e experiências pessoais; dificuldade em avaliar a dor sem a presença de sinais objetivos (Castro-Lopes, 2010; Hall, 2016; Jett, 2018). Por último, a componente organizacional prende-se com as políticas governamentais e os obstáculos, por elas criados, no acesso ao cuidado, nomeadamente: número reduzido de especialistas da dor; difícil encaminhamento para as unidades de tratamento especializadas; regulamentação que limita o acesso aos opióides (Porché, 2010), tornando estigmatizante e difícil a adesão à terapêutica prescrita (Castro-Lopes, 2010).

Ribeiro (2013) acredita que se deve realizar uma avaliação abrangente da pessoa idosa com dor crónica, pois sendo a dor uma experiência multidimensional é necessária uma abordagem também ela multidimensional, para o desenvolvimento de um plano terapêutico em parceria, entre o profissional de saúde e a pessoa idosa, para que possa ser realizado de forma eficaz (Gomes, 2016). Concordamos que o plano terapêutico inclui o conceito de adesão definido pela CIPE,

Ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento (CIE, 2015, p. 2)

mas inclui também uma atitude proactiva da pessoa idosa na gestão da sua doença e na gestão do seu plano terapêutico (Mota et al., 2016).

Perante este contexto, surge num CMD de um hospital central a questão, quais as dificuldades na gestão do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica e família?

Tornou-se pertinente recorrer a uma revisão *scoping*, com o objetivo de mapear os conceitos referidos na questão supracitada. A metodologia utilizada foi a preconizada pelo Instituto Joanna Briggs. A pesquisa realizou-se nos motores de busca EBSCO (nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e MedicLatina) e b-on, que revelou ausência de literatura sobre esta temática específica, tendo-se selecionado 2 artigos referentes às dificuldades de gestão do plano terapêutico, não especificando ser na pessoa idosa, nem com dor crónica.

2. OBJETIVO

O Objetivo desta revisão *scoping* foi examinar e mapear a literatura existente sobre as dificuldades da pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico, sendo estas seguidas em centros multidisciplinares de dor.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A questão de pesquisa que norteou a presente revisão *soping* foi: Quais as dificuldades apresentadas pela pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico, na comunidade?

3.1. Tipo de participantes/População

Todas as pessoas idosas (idade igual ou superior a 65 anos) com dor crónica e família.

3.2. Conceito central

Dificuldade na gestão do plano terapêutico.

3.3. Contexto

A comunidade.

3.4. Tipos de fontes de informação

A "fonte" de informação pode incluir qualquer literatura, estudos primários de pesquisa, revisões sistemáticas, meta-análises, cartas, diretrizes, etc.

4. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A pesquisa na revisão *scoping* incluiu artigos publicados e não publicados, podendo estes apresentarem-se em português ou inglês, sem limitação temporal.

Na primeira fase da pesquisa, através do motor de busca EBSCO (nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e MedicLatina) e b-on, foi realizada pesquisa de estudos sobre o tema da pergunta de investigação. Após a identificação das palavras chave desses mesmos estudos e uma seleção das mesmas, passamos à segunda fase de pesquisa, em que com as palavras chave delineadas voltou-se a realizar uma pesquisa através dos mesmos motores de busca e

base de dados. Foram selecionados os artigos com as palavras chave nos títulos e fazendo recurso aos operadores booleanos de *AND* e *OR*.

As palavras chave e termos indexados utilizados foram os seguintes:

População – old; old-aged; aged; elderly; elder; family; caregiver

Conceito – chronic pain; management; self-management; management therapeutic; therapeutic self-management; therapeutic self-care; difficulties; distress; trouble; hardship

Contexto – community

Na tabela seguinte encontra-se o resumo da estratégia de pesquisa.

Pesquisa no motor de busca EBSCO				
N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Última Execução Por	Resultados
S10	(TI distress OR TI trouble OR TI hardship) AND (S1 AND S3 AND S8)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete,MedicLatina,MEDLINE Complete	24
S9	(TI difficulties OR TI distress OR TI trouble OR TI hardship) AND (S3 AND S8)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete,MedicLatina,MEDLINE Complete	1,375
S8	TI difficulties OR TI distress OR TI trouble OR TI hardship	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete,MedicLatina,MEDLINE Complete	66,795
S7	TI therapeutic self care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete,MedicLatina,MEDLINE Complete	12
S6	TI therapeutic self management	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete,MedicLatina,MEDLINE Complete	1
S5	TI management therapeutic	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete,MedicLatina,MEDLINE Complete	12
S4	(TI management OR TI self management) AND (S1 AND S2 AND S3)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete,MedicLatina,MEDLINE Complete	56
S3	TI management OR TI self management	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete,MedicLatina,MEDLINE Complete	521,082
S2	TI chronic pain	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete,MedicLatina,MEDLINE Complete	19,606
S1	TI old OR TI old-aged OR TI aged OR TI elderly OR TI elder OR TI family OR TI caregiver	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete,MedicLatina,MEDLINE Complete	561,904
Pesquisa no motor b-on				
N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações	
<input type="checkbox"/> S1	TI chronic disease AND TI adherence AND TI therapeutic	Expansores - Pesquisar também no texto integral dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	Ver Resultados (14) Rever Pesquisa	

No motor de busca EBSCO e b-on foram encontrados, respetivamente, 24 e 14 artigos, foram avaliados de acordo com a sua relevância para esta revisão, baseando-nos na informação contida no título e *abstract*. Os textos integrais foram recuperados naqueles estudos que foram de encontro aos critérios de inclusão.

Com base nos critérios de inclusão e exclusão, selecionaram-se 2 artigos (n=2). Um de cada motor de busca.

5. EXTRAÇÃO DE RESULTADOS

Foi criada uma tabela (instrumento de extração de dados) para esta revisão *scoping*, para que se pudesse ter um resumo lógico e descritivo dos resultados extraídos da análise. A informação chave mapeada incluía:

- Autor (es)
- Ano de publicação
- Origem / país de origem (onde o estudo foi publicado ou realizado)
- Objetivos
- População do estudo e tamanho da amostra (se aplicável)
- Metodologia / métodos
- Dificuldades na gestão da pessoa idosa com dor crónica na gestão do plano terapêutico
- Principais conclusões

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

ARTIGO 1

Autor(es), título, publicação e ano de publicação	Dias, A. M.; Cunha, M.; Dos Santos, A. M. M.; Neves, A. P. G.; Pinto, A. F. C.; Silva, A. S. A.; Castro, S. A. Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura Millenium (Instituto Politécnico de Viseu)
Origem / país de origem	Portugal
Objetivos	Conhecer os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutica, percebendo a associação estabelecida entre variáveis internas e externas ao doente, assim como as variáveis relacionais. Delinear estratégias que promovam a adesão ao regime terapêutico, quer a nível educacional e/ou comportamental.
População e tamanho da amostra	Não aplicável
Metodologia / métodos	Revisão sistemática da literatura
Dificuldades na gestão da	As dificuldades na adesão ao regime terapêutico referem-se às pessoas que padecem de doença crónica, com maior incidência nas pessoas idosas. <u>Fatores sociais, económicos e culturais</u> em que se destacam o nível de escolaridade, a situação profissional, os apoios sociais, as condições habitacionais, o preço dos transportes e dos medicamentos, a distância ao local de tratamento e ainda, as guerras, raça, crenças culturais e as desigualdades sociais, (quanto mais elevados forem os apoios sociais

ARTIGO 1

<p>peessoa idosa com dor crónica na gestão do plano terapêutico</p>	<p>melhores serão os resultados ao nível da adesão; o baixo nível socioeconómico e o baixo grau de escolaridade demonstram influenciar negativamente a adesão)</p> <p><u>Fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde</u>, onde se evidenciam o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, o sistema de distribuição de medicamentos, a taxa de comparticipação, o acesso aos medicamentos, o grau de educação/esclarecimento dos doentes face aos cuidados de tratamento no domicílio, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, os horários e duração das consultas, os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças crónicas e a gestão da adesão ao regime terapêutico; quanto melhor for a qualidade da relação profissional de saúde – doente, melhores serão os resultados ao nível da adesão;</p> <p><u>Fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades</u>, nomeadamente a gravidade dos sintomas, a incapacidade física, psicológica, social e profissional, o grau de risco que a pessoa atribui à doença, o impacto que esta representa na sua vida e o carácter da doença, isto é, se é uma situação de doença aguda ou crónica e se esta é sintomática ou assintomática. Outras doenças concomitantes, como a depressão ou o consumo de substâncias ilícitas ou não, também podem afetar o comportamento de adesão.</p> <p><u>Fatores relacionados com o tratamento</u> em que se incluem, a complexidade, a duração e a realização de alterações frequentes na medicação (quanto maior for o número de medicamentos ou de tratamentos, menor será a adesão), a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação</p> <p><u>Fatores relacionados com a pessoa doente</u>, destacando-se os recursos psicológicos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as perceções relativas a episódios de doença, quer anteriores, quer à atual, e as expectativas da própria pessoa. Estão também incluídas a ausência de informação e o suporte para a mudança de comportamentos, a falta de capacidade, de motivação e de autoeficácia para gerir o regime terapêutico. O esquecimento da dose prescrita; a confusão nos esquemas de tratamento, os rótulo impreciso e/ou incapacidade de abrir as embalagens podem constituir um problema de adesão terapêutica.</p>
<p>Principais conclusões</p>	<p>Estamos perante o envelhecimento populacional que tem acarretados um aumento de doenças crónicas, sendo que os portadores de doenças crónicas são os que menos aderem à terapêutica, com consequências a nível pessoal, social e económico.</p> <p>Existem problemas de adesão em todas as situações em que a autoadministração do tratamento é necessária, independentemente do tipo de doença ou da sua gravidade.</p> <p>Desenvolveu-se uma pesquisa de literatura para perceber quais as dificuldades apresentadas pelas pessoas com doenças crónicas em aderir ao regime terapêutico. Estas dificuldades foram agrupadas em fatores sociais, económicos e culturais; fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde; fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades; fatores relacionados com o tratamento; fatores</p>

ARTIGO 1

	<p>relacionados com a pessoa doente.</p> <p>É importante que os profissionais de saúde tenham em conta, no planeamento e abordagem das suas intervenções, as atitudes e valores dos indivíduos e tendo por base estes pressupostos, torna-se mais fácil ultrapassar as barreiras à adesão ao tratamento.</p>
--	--

ARTIGO 2

Autor(es), título, publicação e ano de publicação	<p>Sun, W.; Doran, D.M.; Wodchis, W.P.; Peter, E.</p> <p>Examining the relationship between therapeutic self-care and adverse events for home care clients in Ontario, Canada: a retrospective cohort study</p> <p>BMC Health Services Research</p> <p>2017</p>
Origem / País de origem	Canadá
Objetivos	Investigar se a capacidade de autocuidado na gestão terapêutica explicava a variação na frequência e no tipo de eventos adversos vivenciados pela pessoa em apoio domiciliário.
População e tamanho da amostra	<p>Clientes de cuidados domiciliários de longa duração com idade ≥ 18 anos.</p> <p>A amostra constitui-se em 1470 clientes na faixa etária dos 65 ou mais anos</p>
Metodologia / Métodos	O método utilizado foi o de corte retrospectivo
Dificuldades na gestão da pessoa idosa com dor crónica na gestão do plano terapêutico	<p>As pessoas idosas com maior dificuldade na satisfação das suas atividades de vida diárias e nas atividades instrumentais da vida diária apresentam maior dificuldade no seu autocuidado terapêutico.</p> <p>O desconhecimento sobre a medicação é um fator que contribui para a ocorrência de não conformidade com a medicação. Em particular, a não adesão à medicação na pessoa idosa tem sido associada a esquemas medicamentosos complicados e polimedicação.</p> <p>Por outro lado, os clientes com um baixo nível de autocuidado terapêutico podem não ter a capacidade ou o conhecimento para gerir vários medicamentos, ou a ter os cuidados adequados para evitar o declínio da sua saúde.</p> <p>Os efeitos adversos que os clientes com baixa capacidade terapêutica tiveram com maior prevalência foram: declínio das AVD (51,7%); quedas (35%); sofrimento do cuidador (27%); perda de peso não intencional (13,5%); e não conformidade com medicamentos (11%).</p>
Principais conclusões	<p>Os resultados indicaram que a baixa capacidade terapêutica de autocuidado foi associada ao aumento de efeitos adversos. Em particular, os resultados indicaram que a baixa capacidade terapêutica de autocuidado estava associada a um aumento nos clientes que experimentavam: visitas hospitalares não planeadas, declínio das atividades de vida diária; quedas; perda ponderal de peso não intencional; não conformidade na medicação.</p> <p>Altos níveis de capacidade terapêutica de autocuidado podem ser um fator</p>

ARTIGO 2

	protetor contra a ocorrência de eventos adversos entre os clientes de cuidados domiciliários.
--	---

CONCLUSÕES

O envelhecimento da população através do aumento da esperança média de vida e da baixa taxa de natalidade, é acompanhado do aumento do índice de dependência da pessoa idosa assim como da diminuição dos anos vividos com saúde após os 65 anos (INE, 2019; PORDATA, 2019). Estes fatores trazem-nos igualmente um aumento das doenças crónicas, e da mesma forma da dor crónica (Horgas et al., 2016).

A dor é definida pelo IASP (2011) como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente de dano tecidual real ou potencial ou descrita como tal lesão e a dor crónica é o prolongamento desta, de forma permanente ou intermitente, por um período superior a 3 meses (Cardoso, 2015).

A dor crónica é uma preocupação de saúde pública, pois, a sua elevada prevalência, especialmente nas pessoas idosas, acarreta consequências a nível pessoal, familiar, social e económico, com a sob carga dos serviços sociais e de saúde (DGS, 2010, 2017).

Várias foram as medidas tomadas a nível internacional e seguindo essas mesmas diretrizes, também a nível nacional, mas o flagelo da dor continua, assim como a sua subavaliação e o seu subtratamento, em particular naqueles mais vulneráveis, como as pessoas idosas (Cardoso, 2015). A subavaliação e o subtratamento da dor na pessoa idosa pode dever-se essencialmente a mitos, estereótipos e preconceitos existentes, como o facto de a dor ser um sintoma normal na velhice. Estes mitos são partilhados não só pela pessoa idosa, mas também pelos cuidadores informais e formais, assim como na população em geral. Só abolindo estes mitos é que conseguiremos realizar uma avaliação multidimensional à pessoa idosa com dor crónica, e implementar um plano terapêutico eficaz.

Mas existe uma questão muito pertinente, segundo Dias (2011) estima-se que 30 a 50% das pessoas, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico. Com todas as consequências negativas que daí possam advir, como o aumento da dependência nas suas AVD, mais casos de internamento e mais gastos em saúde (Sun, 2017). Seria interessante perceber quais são as dificuldades na gestão do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica e família, pois só quando o enfermeiro percebe onde se encontra as lacunas é que poderá, num trabalho conjunto, em parceria com a pessoa idosa com dor crónica / família capacita-la para tornar as suas capacidade potenciais em reais

para assim assumir o cuidado de Si / assegurar o cuidado do Outro, mantendo ou reorganizando o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2016).

Fez-se uma revisão *scoping*, com o objetivo de mapear os conceitos centrados nas dificuldades apresentadas pela pessoa idosa com dor crónica e família na gestão do plano terapêutico, seguindo a metodologia preconizada pelo Instituto Joanna Briggs. A pesquisa realizou-se nos motores de busca EBSCO (nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e MedicLatina) e b-on, que revelou ausência de literatura sobre esta temática específica, tendo-se selecionado 2 artigos referentes às dificuldades de gestão do plano terapêutico nos doentes crónicos.

De forma geral podemos afirmar que as dificuldades na gestão do plano terapêutico apresentadas pelas pessoas com doença crónica são baseadas em fatores sociais, económicos e culturais; relacionados com os serviços e os profissionais de saúde; relacionados com a doença de base e comorbilidades; relacionados com o tratamento; e relacionados com a pessoa doente (Dias et al., 2011; Sun et al., 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002). The Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American geriatrics Society*. 50 (6), 205-224;
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L.; Dias, C.C. & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13 (8), 773-783. Disponível em: [http://www.jpain.org/article/S1526-5900\(12\)00664-5/abstract](http://www.jpain.org/article/S1526-5900(12)00664-5/abstract)
- Cardoso, A. (2015). *Manual de Tratamento da dor*. Lisboa: Lidel.
- Castro-Lopes, José, et al.(2010) *Pain Proposal – A Dor Crónica em Portugal*.
- Cheng, S., Chan, K. L., Lam, R. L., Mok, M. T., Chen, P. P., Chow, Y. F., & ... Tam, C. C. (2017). A multicomponent intervention for the management of chronic pain in older adults: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 528. Acedido em 16.06.2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=21&sid=f0d21b08-a8b8-4a1b-bb2572c8487a8b84%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=29121961&db=mnh>
-

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *CIPE: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.
- Dias, A. M.; Cunha, M.; Santos, A.; Neves, A.; Pinto, A. Silva, A. Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. *Millenium* 40, 201-219.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2010). *Orientação e circular normativas nº 015/2010*. 14/12/2010. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Gomes (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Lisboa: Novas Edições Académicas.
- Hall, T. (2016). Management of persistent pain in older people. *Journal Of Pharmacy Practice & Research*, 46(1), 60-67. Acedido em 16.06.2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=26&sid=f0d21b08-a8b8-4a1b-bb25-72c8487a8b84%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=114490249&db=rzh>
- Horgas, A. L., Grall, M. S. & Yoon, S. L. (2016). In M. Boltz, E. Capezuti, T. T. Fulmer, & D. Zwicker. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice (5th Ed.)* (pp. 263-282). New York: Springer Publishing Company.
- Instituto Nacional de Estatística (2019). *Destaque Informação à comunicação social. Estimativas de população residente em Portugal – 2018*. Acedido a 03-01-2019. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestboui=354227526&DESTAQUESmodo=2
- International Association for study of Pain (IASP) (2011). IASP Taxonomy. Acedido a: 16.06.2018. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm-Pain>
- Jett, K. F. (2014). Pain and Comfort. In T. A. Touhy & K. F. Jett (2018). *Ebersole and Hess' Gerontological Nursing & Healthy Aging (5th Ed.)* (pp. 236-248). Missouri, St. Louis: Elsevier;
- Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/ Supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews.
-

- Matos, M., Bernardes, S. F., & Goubert, L. (2016). The relationship between perceived promotion of autonomy/dependence and pain-related disability in older adults with chronic pain: the mediating role of self-reported physical functioning. *Journal Of Behavioral Medicine*, 39(4), 704-715. . Acedido em 16.06.2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=23&sid=f0d21b08-a8b8-4a1b-bb25-72c8487a8b84%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=26922802&db=mnh>
- Porché, R. A.(Ed.) (2010). *Approaches to Pain Management: An Essential Guide for Clinical Leaders (2th ed.)*. Illinois: Joint Commission Resources. Acedido em 13/05/2018. Disponível em http://www.jointcommissioninternational.org/assets/1/14/APM10_Sample_Pages2.pdf
- Rapo-Pylkkö, S., Haanpää, M., & Liira, H. (2016). Chronic pain among community-dwelling elderly: a population-based clinical study. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 34(2), 159-164. Acedido em 13/05/2018. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=27065337&site=ehost-live>
- Ribeiro, A. L. A. (2013). *A pessoa com dor cronica - Um modelo de acompanhamento de enfermagem*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade Católica Portuguesa, Porto (Ruivo, Nunes, Ferrito & Colaboradores, 2010).
- Sun, W., Doran, D. M., Wodchis, W. P., & Peter, E. (2017). Examining the relationship between therapeutic self-care and adverse events for home care clients in Ontario, Canada: a retrospective cohort study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 206. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2103-9>
- <https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%c3%a7a+de+vida+%c3%a0+nascen%c3%a7a+total+e+por+sexo-1260>
-

APÊNDICE V

FORMAÇÕES EXTERNAS

FORMAÇÕES EXTERNAS

Foram diversos os temas assistidos nas várias formações frequentadas. Aqui apenas estão descritos os de maior relevância.

Formações no Centro Multidisciplinar de Dor (CMD)

O CMD recebe alunos na área de enfermagem, medicina e psicologia. E, carateristicamente, quase todas as semanas são feitas pequenas apresentações sobre temas na área da dor, seguidas de uma discussão em equipa. Este processo fomenta duas vertentes, a aquisição de novos saberes teóricos, que se aplicam na prática e estimulam o raciocínio crítico clínico. Houve dois temas que suscitaram especial interesse - “Hipnose Clínica”, apresentado pela Dra. Ana Pacheco e “Dor na Osteoporose”, apresentado pelo Dr. Victor Silva.

Na apresentação sobre “**Hipnose Clínica**”, foram abordados estudos clínicos que comprovam a eficácia da hipnose como tratamento para alívio da dor crónica. Em pesquisa, foi constatado que, numa unidade multidisciplinar de dor, há um enfermeiro, hipnólogo, que realiza a sua intervenção especializada com o objetivo de ensinar, às pessoas com dor crónica, estratégias que as ajudem a lidar melhor com a sua dor e a reorganizarem-se dentro das suas limitações. Segundo Abrantes (2017), o trabalho inicia-se sempre pela associação entre as palavras “dor” e “desconforto”, de modo que a primeira se torne na segunda, termo este, muito mais aceitável para a pessoa. As principais vantagens desta técnica são a redução, ou até mesmo, a ausência de medicação.

Na apresentação “**Dor na Osteoporose**”, e tal como nos diz a DGS (2011), foi referido que as fraturas osteoporóticas ocorrem principalmente nas mulheres, após a menopausa, e nas pessoas idosas de ambos os sexos, constituindo um grave problema de saúde pública (devido à sua elevada prevalência, às consequências médicas que implicam, à diminuição da QdV e aos elevados custos económicos e sociais que causam). Mesmo na ausência de fraturas, é frequente a pessoa com osteoporose referir dor a nível lombar.

Segundo a DGS (2011), o principal objetivo na abordagem às pessoas com osteoporose é a redução de fraturas, o que pode ser obtido através de medidas preventivas, tais como a administração de terapêutica farmacológica (para melhorar o pico de massa óssea e/ou reduzir a perda de osso) e implementação/modificação de atitudes que permitam diminuir a frequência e a gravidade das quedas, sobretudo nas pessoas idosas. Neste último ponto, o enfermeiro especialista deverá ter um papel fulcral, planeando, ao longo do ciclo de vida,

comportamentos salutareos e de adesão à terapêutica, com vista ao envelhecimento ativo e saudável. No caso de já haver uma osteoporose instalada na pessoa idosa, o enfermeiro especialista deve, recomendando e estabelecendo metas em parceria com a pessoa idosa e família, promover a aquisição de comportamentos preventivos de quedas, e o uso de utensílios para diminuir as consequências das mesmas.

XVI Reunião Ibero-Americana de Dor realizado pela Associação Portuguesa do Estudo da Dor (APED) que decorreu em outubro de 2018

Da XVI Reunião Ibero-Americana de Dor salienta-se o simpósio “**Tratamento seguro da dor em qualquer idade: combate à polifarmácia**”, apresentado pela Dra. Catarina Amorim, médica paliativista. A Dra. Amorim refere que a polifarmácia deve ser considerada quando há administração de cinco ou mais medicamentos, quando há administração de vários medicamentos em simultâneo ou quando há a administração de um número excessivo de medicamentos. Nos países desenvolvidos, 30% dos doentes com mais de 65 anos tomam cinco ou mais medicamentos. Refere, ainda, que um em cada três medicamentos é inapropriado, havendo maior evidência deste fato nos doentes institucionalizados. O risco de interações / efeitos adversos aumenta consideravelmente com o aumento do número de medicamentos que se toma. Entre as interações estão as medicamento-medicamento, medicamento-doença, medicamento-alimentos e a toxicidade dos próprios fármacos.

Uma das sessões que também teve especial interesse foi a mesa “Educação, investigação e formação em dor”, moderada pelo Prof. Castro Lopes, pela Dra. Patrícia Gómez e o Dr. Juan Micó, particularmente a apresentação “**Programas de autogestão em dor**”, apresentado pela Enf.^a Carina Raposo. A Enf.^a Raposo preconiza que os níveis de literacia em saúde são baixos em Portugal e que é necessária uma incrementação a esse nível, para que se possam desenvolver competências pessoais, promovendo a autonomia e o *empowerment* da pessoa com dor crónica. O facto de se falar em pessoa, e não em doente, é importante, pois a pessoa tem um nome, uma identidade e deve focar-se no seu bem-estar e não na doença / problema. A abordagem à dor deve ser feita através de uma equipa multidisciplinar, com uma perspetiva interdisciplinar e multimodal, tornando a pessoa com dor crónica, e seu familiar, parceiros no cuidado, pois só assim se fará uma gestão eficaz a longo prazo. A Enf.^a Raposo apresentou um projeto realizado, “Escola da dor”, em que reuniu um grupo de pessoas com dor crónica seguidos na unidade multidisciplinar de dor que foram ter “aulas de dor” na universidade do Porto. Este projeto baseia-se nos programas de

autogestão em dor crónica, e segundo a Enf.^a, este tipo de programas já é amplamente usado nos Estados Unidos da América e no Canadá, com ótimos resultados, tendo sido “importado” por esta equipa multidisciplinar (constituída por médico especialista na dor, enfermeira, psicóloga, psiquiatra e nutricionista). O projeto foi implementado pelo Centro Hospitalar e Universitário do Porto. Os resultados na autogestão do plano terapêutico foram visíveis e declarados pelos próprios doentes, melhorando o nível de dor e a gestão das medidas terapêuticas implementadas em cada caso. Segundo a Enf.^a Raposo, na “escola da dor” é pretendido abordar e trabalhar as várias dimensões da dor crónica com a pessoa que a padece. O objetivo é que a pessoa com dor crónica volte a vivenciar experiências que a ajudem a focar-se nas suas potencialidades, e não só nas dificuldades, aumentando, assim, o *empowerment* da pessoa com dor crónica.

39º Congresso Português de Geriatria e Gerontologia organizado pela Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia que decorreu em novembro de 2018

Do 39º Congresso Português de Geriatria e Gerontologia destaca-se o tema da “**Polimedicação no Idoso**” abordado pelo Prof. Doutor Manuel Carrageta. O Prof. Doutor Carrageta alerta para o fato de que:

- O processo de farmacocinética na pessoa idosa estar frequentemente alterado (absorção um pouco alterada; na distribuição, há um aumento da vida para os fármacos lipofílicos; na eliminação, a função renal está diminuída).
- Os idosos são mais sensíveis aos efeitos dos seguintes fármacos (sejam efeitos adversos ou benéficos): anticolinérgicos, benzodiazepinas, opioides, anti-inflamatórios não esteroides (AINE's)
- A maioria dos idosos utiliza mais que um fármaco
- A polimedicação pode reduzir a absorção de determinados medicamentos.

17º Convénio da ASTOR, 26ªs Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta organizado pela ASTOR que decorreu em janeiro de 2019

Do 17º Convénio da ASTOR, 26ªs Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta evidencia-se a comunicação livre realizada pela Enf.^a Dulce Guerreiro sobre “**A adesão da pessoa idosa à terapêutica analgésica: Contributos do guia de apoio à consulta**”

telefónica de enfermagem”. A investigação revela que a não adesão à terapêutica está presente em 20 a 50% dos idosos. Na perspetiva de agir proactivamente na adesão à terapêutica e no controlo da dor, a equipa de enfermagem do CMD do HGO estruturou um guia de atendimento à CT. Através deste guia, a comunicação com o idoso com dor crónica melhorou. De acordo com a Enf.^a Guerreiro, a utilização do guia de apoio contribuiu para ajudar a pessoa idosa na compreensão de planos terapêuticos, muitas vezes complexos, reduzindo, assim, o risco de erros no diagnóstico ou tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, L. (2017). Tratar a dor com... hipnose. *Jornal Médico Congresso – JustNews*. p.5.
Acedido a: 09.10.2018. Disponível em:
http://www.hgo.pt/Portals/0/Documentos/Jornal_ASTOR_Jan17-sp.pdf
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2011). *Tratamento Farmacológico da Osteoporose Pós-menopáusia*. Norma nº 027/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em:
30.10.2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0272011-de-29092011-jpg.aspx>
-

APÊNDICE VI

DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO - CMD

O Hospital, onde foi realizado o estágio, abriu em 1991 e é uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Foi classificado como Hospital Central em 2003, devido ao seu grau de diferenciação de cuidados. Na atualidade, pertence ao Setor Empresarial do Estado, constituindo uma Entidade Pública Empresarial, e serve uma população de cerca de 350 mil habitantes, respetivos a dois concelhos.

O CMD deste hospital, reconhecido assim desde junho de 2017, desenvolve a sua atividade há já cerca de 25 anos, com a missão de prestar serviços e atos clínicos diferenciados a indivíduos de qualquer faixa etária, melhorando a QdV da pessoa com dor crónica. O CMD dá resposta a cerca de 1400 doentes, abrangendo a população da área de influência do hospital, referenciada quer pela rede pública quer pela privada. Da sua equipa constam 14 profissionais efetivos, entre médicos, enfermeiras, psicóloga e assistentes operacionais. O CMD funciona de 2ª a 5ª feira, das 8h às 18h30, e à 6ª feira das 8h às 17h30, em quatro gabinetes polivalentes, onde se desenvolvem várias atividades em simultâneo, tais como, consultas externas diárias aos indivíduos referenciados e em seguimento, consultas de psicologia, tratamentos em hospital dia (procedimentos invasivos e não invasivos) e CT, onde se atendem as pessoas com dor e/ou seus cuidadores, que recorrem a este serviço por esta via. CMD acompanha e visita, também, as pessoas internadas com dor complexa ou refratária referenciadas pelos diversos serviços do hospital.

A equipa de enfermagem realiza consulta de acolhimento presencial a todas as pessoas com dor crónica que vão pela primeira vez ao CMD. Posteriormente passam para a consulta médica. As consultas de seguimento presenciais são apenas realizadas pela equipa médica. Durante as consultas, a enfermeira pode realizar vários ensinamentos, de acordo com as necessidades apresentadas pela pessoa com dor crónica ou seu familiar, ou administrar medicação, para alívio imediato da dor, ou para início de terapêutica específica.

O CMD disponibiliza a CT de 2ª a 6ª das 9h às 17h. Esta consulta é realizada pela equipa de enfermagem e, sempre que necessário, a situação é encaminhada para outra especialidade (geralmente médica, mas também de psicologia).

São várias as técnicas utilizadas para o alívio da dor no CMD, tendo a enfermeira, em algumas, uma intervenção independente e, noutras, interdependente. Seguidamente, descrevem-se as técnicas existentes e quem as realiza, sintetizando esta informação num quadro.

Técnicas Utilizada para o Alívio da Dor no CMD		
Técnica	Definição	Profissionais envolvidos
Diatermia	Consiste na regeneração celular mediante a elevação da temperatura do tecido na região lesada (hipertermia profunda), mediante circulação de correntes de alta frequência.	Prescrição Médica; realiza o Enfermeiro
TENS (estimulação elétrica nervosa transcutânea)	É uma técnica de estimulação das terminações nervosas da pele e tecido subcutâneo, através da colocação de elétrodos sobre a área dolorosa e conectados a uma bateria portátil.	Prescrição Médica; aplica o Enfermeiro
EMAF (estimulação muscular de alta frequência)	Consiste na estimulação muscular externa.	Prescrição Médica; realiza o Enfermeiro
PCA (Analgesia controlada pelo doente)	Permite o autocontrolo do doente e da sua analgesia. Pode ser efetuado através de uma bomba especial onde são programados os parâmetros necessários para a administração endovenosa, subcutânea ou epidural.	Prescrição Médica; realiza o Enfermeiro
Titulação via EV	Tem como objetivo determinar a dose que produz analgesia satisfatória com os menores efeitos possíveis, administrando o medicamento por cateter endovenoso.	Prescrição Médica; realiza o Enfermeiro
Radiofrequência	Trata-se de uma corrente elétrica alternada com frequências oscilatórias de 5000.000Hz, que flui através de um elétrodo introduzido a nível percutâneo.	Realizado pelo médico, enfermeiro apoia a intervenção
Bloqueios de nervos	Usada para avaliação do diagnóstico e prognóstico, e para tratamento. Realiza-se através da injeção de anestésico local, em associação, ou não, com corticóides e opióides. É feita com auxílio de imagem.	Realizado pelo médico, enfermeiro apoia a intervenção
Infiltrações de pontos dolorosos	Inserção de agulhas de pequeno calibre, através da pele, direcionadas, com auxílio de imagem, para o local doloroso, as bandas tensas do músculo, injetando medicação (anestésicos locais e, por vezes, associando-se corticóides)	Realizado pelo médico, enfermeiro apoia a intervenção
Tratamento com adesivo de Capsaicina 8% (Qutenza)	Aplicação tópica de capsaicina, com o objetivo de alívio da dor durante 3 meses. A aplicação única de capsaicina causa dor, mas, de forma repetida, causa analgesia por dessensibilização das fibras C. A aplicação do medicamento é realizada trimestralmente.	Prescrição e delimitação da área pelo médico. Aplicação e remoção feita pelo Enfermeiro
Aplicação de pensos de lidocaína 5%	O emplastro de lidocaína tem um efeito analgésico, mas não anestésico. Colocam-se por períodos de 12h, alternados com períodos de 12h sem emplastro. Não devem ser colocados mais de três emplastros em simultâneo.	Prescrição Médica; aplicação na 1ª vez pelo Enfermeiro
Mesoterapia	Consiste na administração de medicação (anti-inflamatórios, relaxantes musculares, anestésicos entre outros) por múltiplas injeções intra-cutâneas.	Médico
Viscossuplementação	Consiste na injeção intra-articular de um produto elasto-viscoso, habitualmente derivado do ácido hialurónico.	Realizado pelo médico, enfermeiro apoia a intervenção
Ozonoterapia	Consiste na utilização de ozono médico (5% de ozono + 95% de oxigénio), podendo ser usado por diferentes vias.	Realizado pelo médico, enfermeiro apoia a intervenção
Massagem terapêutica	É uma massagem localizada com o objetivo de recuperação gradual da zona afetada, aliviando a dor (resultante do stress, contraturas musculares, má postura ou esforço repetitivos)	Médico ou Enfermeiro
Aplicação de bandas neuromusculares	Aplicação de 1 adesivo hipoalergénico, com uma elasticidade longitudinal com variação 40 a 60% de alongamento do seu comprimento em repouso. Espessura e textura similares às da pele. Permite a descompressão dos recetores mecânicos e dolorosos, uma redução da excitabilidade dos nociceptores e melhora a circulação sanguínea e linfática.	Médico ou Enfermeiro

Técnicas Utilizada para o Alívio da Dor no CMD		
Técnica	Definição	Profissionais envolvidos
DRY NEEDLING = picada seca	Desfazer a “taut band” e o “ponto trigger” com consequente relaxamento da fibra muscular e alívio da dor. Mecanismos de acção: a múltipla picada com agulha sobre o “ponto trigger” provoca uma reação de relaxamento da fibra muscular contraída.	Médico
Psicoterapia de Grupo ou individual	É um método de tratamento de problemas psicológicos e emocionais, baseado no conhecimento científico do funcionamento psicológico. As sessões podem ser realizadas individualmente ou em grupo.	Psicóloga
Musicoterapia	É uma prática com música num contexto clínico de tratamento	Psicóloga e Musicoterapeuta
Psicodrama	É uma psicoterapia de grupo em que a representação dramática improvisada é usada como núcleo de abordagem e exploração da psique humana e dos seus vínculos emocionais.	Psicóloga

No último semestre de 2018 foram marcadas 370 consultas de primeira vez no CMD das quais 165 eram para pessoas idosas, ou seja, cerca de 45% das consultas de primeira vez marcadas eram para pessoas idosas. Destas 165 consultas programadas apenas foram realizadas 129, isto porque houve 31 pessoas que faltaram, 22 sem causa conhecida e 9 por falecimento, e 5 consultas que foram remarcadas. As consultas realizadas foram em maior percentagem a mulheres, cerca de 61%. Mais de metade das consultas de primeira vez realizadas à pessoa idosa, esta encontrava-se na faixa etária entre os 65 e 74 anos (cerca de 54%), sendo que entre os 75 a 84 anos foram realizadas 37% e com 85 anos ou mais 9% das consultas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<http://www.hgo.pt/Servicos/AreaClinica/UnidadeDor.aspx>
http://www.hgo.pt/Portals/0/Documentos/Jornal_ASTOR_Jan17-sp.pdf
<https://justnews.pt/noticias/reconhecimento-do-centro-multidisciplinar-de-dor-do-hgo-muito-gratificante#.Xi324mj7RPY>

APÊNDICE VII

**ESTUDO DE CASO:
PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI À PESSOA IDOSA COM DOR
CRÓNICA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE UM CMD**

ESTUDO DE CASO:

PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI À PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE UM CMD

A elaboração de um estudo de caso aquando da realização de estágio num CMD pretende alcançar um dos objetivos delineados para o percurso curricular: intervir em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e família seguida na consulta presencial e telefónica de enfermagem do CMD de um Hospital Central na gestão do plano terapêutico, promovendo o cuidado de Si. De acordo com Yin (2015), o estudo de caso permite ao enfermeiro focar-se numa pessoa idosa e reter uma perspetiva holística do mundo real, ou seja, permite a investigação de um fenómeno contemporâneo em profundidade e em contexto real.

O estudo de caso apresentado tem por base o modelo do processo de parceria de Gomes (2016). Este modelo sustenta que a pessoa idosa deve ser vista como um projeto de cuidado, assim como, ter tempo e espaço para construir uma relação de qualidade que possibilite o estabelecimento de uma relação de confiança enfermeiro-doente, assumindo compromissos ajustados à sua realidade e ao seu projeto de vida e saúde. Para a autora, a estratégia para a construção do processo de parceria no cuidado de enfermagem resulta na construção de uma ação conjunta entre o enfermeiro, doente e/ou familiar cuidador, que visa capacitar a pessoa para assumir o controlo do cuidado de Si / cuidado do Outro. O modelo de parceria tem várias fases, *o revelar-se, envolver-se, capacitar/possibilitar, comprometer-se e o assumir o controlo do cuidado de Si / assegurar o cuidado do outro*. Estas fases não são estanques, encontram-se muitas vezes interligadas e podem até ocorrer em simultâneo.

Seguidamente apresenta-se o estudo de caso através do guião de intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica (Gomes, 2016), mas haverá dados que serão omitidos para que fosse mantido o anonimato e privacidade da pessoa idosa.

ENVOLVER-SE REVELAR-SE	O Enfermeiro dá-se a Conhecer à Pessoa Idosa / Família/ Pessoa Significativa
	Nesta fase é pretendido que o enfermeiro se dê a conhecer a pessoas idosa e familiar cuidador. Conhecemos a Sra. M. no dia da sua 1ª consulta no CMD. Nesta primeira consulta apresentamo-nos e no início da consulta informamos o tempo provável da mesma, que teria duas fases, a avaliação pela enfermeira e depois pelo médico, que iríamos colocar várias questões com o objetivo de a conhecer. Informamos também que o trabalho que iríamos desenvolver iria ser conjunto, em parceria e que o controlo da sua dor não dependeria apenas dos profissionais de saúde do CMD mas também dela própria. Apresentei o serviço,

ENVOLVER-SE

REVELAR-SE caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa do enfermeiro e pessoa /familiar cuidador /família como ser de projeto e de cuidados. O enfermeiro dá-se também a conhecer, estabelecendo os termos da relação.

com o auxílio visual do guia de acolhimento do CMD que é fornecido aos doentes na 1ª consulta, dando ênfase à CT pois, esta constitui um meio de proximidade entre o doente e o serviço, permitindo ao doente que através da CT aceda ao receituário com maior facilidade, mas também expor os seus problemas e dúvidas.

Nesta 1ª consulta é sempre de extrema importância propiciar um ambiente calmo, com privacidade e mostrando disponibilidade para que se possa iniciar uma relação de confiança e, nesta consulta não foi diferente.

Conhecer a singularidade / projeto de vida da pessoa idosa

A Sra. M.X.X.X.X., prefere que a trate por M., tem 76 anos, correspondendo a idade cronológica à idade aparente. Nasceu num distrito no centro de Portugal, tal como o seu marido com quem se casou há 55 anos, mas vieram trabalhar com cerca de 20 anos para Lisboa, ficando a morar a cerca de 15 Km de Lisboa. Exerceu a sua profissão numa empresa que exigia trabalho manual em Lisboa, e o seu marido sempre teve emprego numa empresa perto de casa. Refere que estudou apenas até à 4ª classe, *“pois naquela altura só as pessoas com mais posses é que estudavam até mais tarde”* (sic). Agora encontram-se reformados.

Católica, frequenta com regularidade a igreja, refere que já frequentou mais, mas pelo menos uma vez por semana, ao domingo, vai á missa. Considera-se uma mulher de fé, acreditando que *“muitas das situações de doença que me foram surgindo ao longo da vida só foram ultrapassadas porque sou uma mulher de fé”* (sic).

Na 1ª consulta foi pedido o seu contato telefónico e o de uma pessoa de referência, forneceu o contato telefónico móvel, que é o seu e do seu marido, pois refere que como andam sempre juntos, só usam um telemóvel.

Veio realizar esta consulta por encaminhamento do seu médico de neurocirurgia deste mesmo hospital por dor lombar e nos membros inferiores (MI), apresentando como diagnóstico definitivo após consulta no CMD Failed Back Surgery Syndrome (FBSS). Esta síndrome, de acordo com Maddalozzo et al. (2018), define situações em que há dor crónica nas costas, podendo ter propagação e persistindo após intervenção cirúrgica.

A Sra. M. referiu ter feitos já várias cirurgias e que da primeira vez ficou algum tempo sem dor, mas que após a segunda cirurgia a dor piorou e propagou-se também para o MI esquerdo. Fala do assunto com desalento.

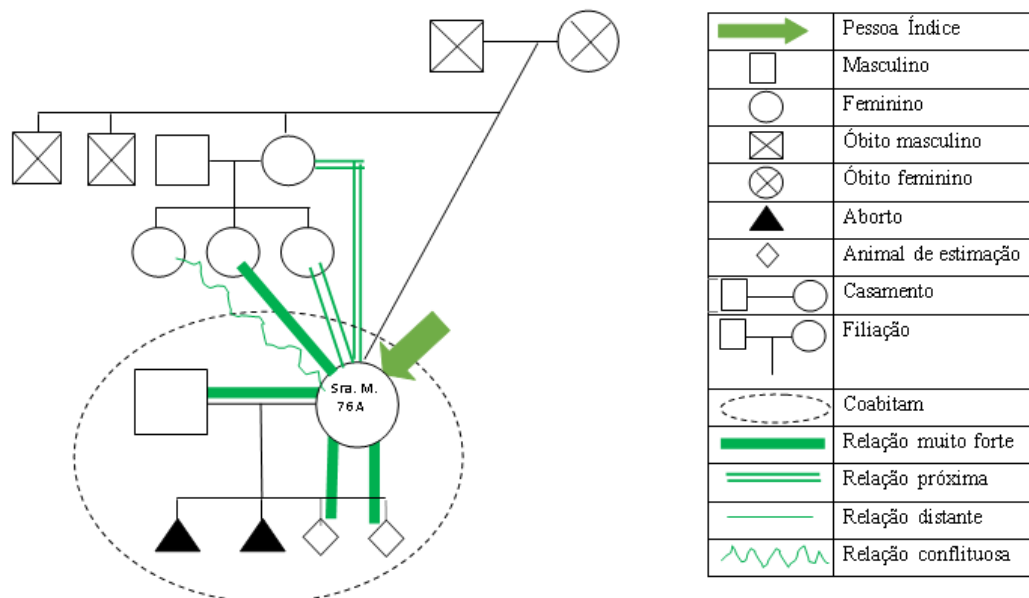
Fala-nos de outras experiências da sua vida das quais sente tristeza, como a vinda da sua terra de origem para Lisboa e o facto de não poder ter filhos.

<p>ENVOLVER-SE - caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade e estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade, promovendo o cuidado em ambiente seguro. O enfermeiro procura conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa no sentido de a ajudar a promover o seu projeto de saúde e vida e a realização de Si, incluindo a família / pessoa significativa, no contexto da sua comunidade, existência e relação com o mundo.</p> <p>REVELAR-SE</p>	<p>Neste momento dedica-se a cuidar de si e do seu marido, sendo uma preocupação o estado de saúde do seu conjugue, pois sente que tem que estar bem para o ajudar, porque este já se encontra com limitações físicas devido à diabetes.</p> <p>Conhecer o Contexto de Vida da Pessoa Idosa / Perfil psico social</p> <p>A Sra. M. vive a 15 Km de Lisboa sozinha com o seu marido, e com os seus 2 animais de estimação, o seu cão, há 3 anos, e seu pássaro, há 1 ano, que trata “como filhos” (sic), “são a nossa companhia”. Vivem num apartamento (que lhes pertence) num 4º andar, com dois quartos, uma sala, cozinha e uma casa de banho. No entanto o prédio não tem elevador. Já pensou em mudar de casa para ir para um R/C, no entanto, também não querem sair daquela zona pois já têm uma boa relação com os vizinhos, tornando-se difícil mudar de casa. Não referiu dificuldades económicas.</p> <p>Não tem família que more próximo. Tinha 2 irmãos que emigraram para o Brasil, sabe que já morreram, mas não tem qualquer contato com familiares descendentes destes. Tem uma irmã mais nova que mora no centro de Portugal que tem 3 filhas. Estas sobrinhas foram como filhas para a Sra. M., “estiveram na minha casa enquanto estudaram, dei-lhes tudo, tudo aquilo que não tive” (sic). No entanto há três anos desentendeu-se com uma das sobrinhas, por questões económicas. Refere que lhe emprestou um “bom dinheiro” e que a sobrinha nega o sucedido, mantendo-se agora uma relação conflituosa. Menciona que desde aí está com depressão e para isso faz medicação. Relata esta situação com amargura, tristeza, desanimo e alguma frustração. Diz que a tratou como filha e que nunca pensou que ela lhe fizesse isto. Com a irmã e com a uma outra sobrinha tem um relacionamento próximo, mas é com a sobrinha mais nova que tem uma relação forte de proximidade, “liga-me todos os dias, trata-me por mamã” (sic), os seus olhos brilham quando fala desta sobrinha.</p> <p>Durante os tratamentos de diatermia falou-me da relação que tem com as suas vizinhas, referiu que tem uma boa relação com estas, mas com alguns é apenas cordial, denota-se uma amargura quando o refere. Questionada, diz que há uns anos tentou colocar um elevador de escadas no seu prédio, pois o marido teve um período de maior dificuldade na locomoção e que o condomínio recusou, pois não havia orçamento. Há uma vizinha com quem tem uma melhor relação, que vive sozinha, é viúva, e faz-lhe sempre um bocadinho de companhia. Por vezes, ainda vai visitar uma amiga a 15 Km da sua casa, mas já não o faz com tanta frequência pois fica sempre com mais dor quando faz essa deslocação.</p>
--	---

Questionada quanto ao seu relacionamento com o seu médico de família refere, “gostava muito da anterior, mas ela reformou-se e a que veio substituí-la não gosto muito. Desvaloriza sempre as minhas queixas” (sic), não apresentando uma relação de confiança.

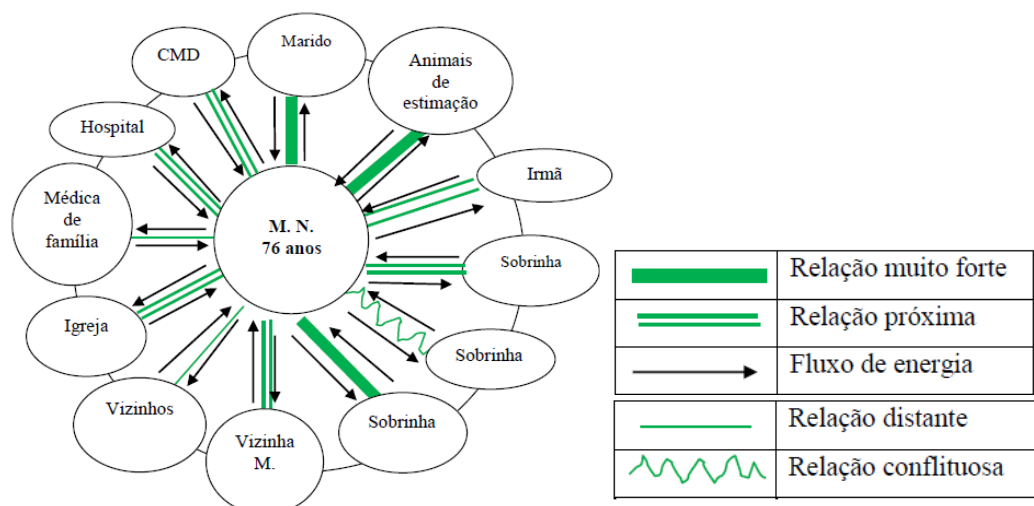
Face ao que conhecemos do seu contexto elaborámos o genograma e o ecomapa da Sra. M. pois, tal como nos diz Wright & Leahey (2015) são dois instrumentos particularmente uteis para delinear as estruturas internas e externas de uma família. O genograma consiste num diagrama do grupo familiar que simplifica as interpretações alternativas de experiência familiar, permitindo à enfermeira ter uma visão mais abrangente dos problemas passados e atuais.

Figura 1 – Genograma da Sra. M.



O ecomapa é um diagrama que representa o contato da família e o mundo que a rodeia.

Figura 2 – Ecomapa da Sra. M.



<p>ENVOLVER-SE</p> <p>REVELAR-SE</p>	<p>Tem por hábito sair sempre de manhã, acompanhada pelo seu marido, vão as compras, ao café ou simplesmente andar um pouco. Ao longo do dia faz a lida da casa e cozinha. À tarde fica por casa aproveita para ver TV e fazer a sua renda. E refere que <i>“cuidar dos seus bichinhos também lhe ocupa o dia”</i> (sic).</p>
	<p>Conhecer a História da Saúde/Doença atual da Pessoa Idosa e que significado esta tem na sua trajetória de vida. Processo de recuperação/adaptação</p>
	<p>Questionando a Sra. M. sobre os seus antecedentes de saúde refere que tem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensão arterial e dislipidemia sendo seguida em consulta de especialidade de cardiologia no mesmo hospital. - Hipotiroidismo - Depressão, que refere que surgiu desde o conflito que teve com umas das sobrinhas, referindo que teve <i>“um grande desgosto”</i> (sic). - Gastrite. - Foi operada aos 18 anos por apendicite no hospital do distrito que nasceu. - Foi operada por tumores no ovário aos 30 (num hospital central de Lisboa) e 34 anos (numa clínica em Lisboa). - Seguida pela neurocirurgia deste hospital desde 2004 por lombalgias, tendo sido intervencionada por duas vezes fora do hospital que era seguida através de “cheques” fornecidos pelo hospital. Foi operada à coluna em 2007 (num hospital privado em Lisboa) e 2017 (num outro hospital privado em Lisboa), nesta última operação realizou artrodese da L4 e L5. - Seguida em consulta de nutrição e diatética desde fevereiro 2017 por obesidade (IMC 35,5 – grau II de obesidade, agora com IMC 32,4 -grau I de obesidade). A Sra. M. refere que <i>“tem mais cuidado com a alimentação, mas que tem muita dificuldade em fazer caminhadas devido à dor sentida na região lombar e MI esquerdo”</i> (sic). <p>Desconhece alergias e nega quaisquer hábitos aditivos.</p> <p>A Sra. M. é polimedicada (uso de 5 ou mais medicamentos, segundo Souza e Barcellos (2018)), faz 14 medicamentos em simultâneo. É autónoma na gestão do seu regime medicamentoso, referindo que faz a medicação de acordo com a indicação médica. Tem como medicação habitual a que se encontra no quadro 1.</p>

ENVOLVER-SE

REVELAR-SE

Quadro 1 - Regime medicamentoso inicial da Sra. M

Medicamento	Dose	Via	Horário	Efeito terapêutico
Levotiroxina	25 mcg	PO	1 cp em jejum	Terapêutica substituição hormonal
Sivastatina	20 mg	PO	1 cp ao jantar	Antidislipidémico
Sertalina	100 mg	PO	2 x dia	Antidepressivo
Acido acetilsalicílico	100 mg	PO	1 cp	Anticoagulante
Hidroxizina	25mg	PO	1/2 cp ao deitar	Anti-histamínico
Omeprazol	20 mg	PO	2 x dia (PA e Jantar)	Protetor gástrico
Ibersartan	300mg	PO	1 x dia (almoço)	Anti hipertensor
Verapamilo	120mg	PO	2 x dia (PA e Jantar)	Anti hipertensor
Candesartan /hidroclorotiazida	32/25 mg	PO	1 cp ao PA	Anti hipertensor
Furosemda	40 mg	PO	1 cp 2 x semana	Diurético
Carbamazepina	200 mg	PO	2 x dia (PA e almoço)	Anticonvulsivante. Iniciou por cefaleias
Paracetamol	1gr	PO	3 x dia	Analgésico
Tapentadol	50mg	PO	2 cp 2 x dia (PA e jantar)	Analgésico opioide
Pregabalina	50 mg	PO	2 x dia (PA e jantar)	Tratamento da dor neuropática
Sulcralfate	1000mg/5ml	PO	SOS	Anti ulceroso

Após observação no CMD passou a fazer como regime medicamentoso para controlo da dor o apresentado no quadro 2.

Quadro 2 - Regime medicamentoso iniciado no CMD

Medicamento	Dose	Via	Horário	Efeito terapêutico
Paracetamol	1gr	PO	2 x dia	Analgésico
Tapentadol	50mg	PO	1 cp 2 x dia (PA e jantar)	Analgésico opioide
Pregabalina	50 mg	PO	1 cp 2 x dia (PA e jantar)	Tratamento da dor neuropática
Cloridrato de ciclobenzaprina	10 mg	PO	1cp deitar	Relaxante muscular
Tramadol + Paracetamol	37,5+3 25 mg	PO	SOS até 4 x dia	Analgésico

Associando-se assim mais 2 comprimidos para além dos que já tomava. Para Souza e Barcellos (2018) a polimedicação acarreta vários riscos, como o aumento do risco da interação medicamentosa, apresentando a pessoa idosa maior

ENVOLVER-SE

REVELAR-SE

probabilidade de iatrogenia e reações adversas. A polimedicação origina também a redução da absorção de determinados medicamentos, diminuindo a sua eficácia.

Para além do regime medicamentoso indicado à Sra. M. foi-lhe proposto iniciar tratamentos de diatermia (seis sessões) na região lombo-sagrada esquerda; fazer novo ciclo de medicina física e reabilitação, pois já tinha feito e referiu melhorias na altura. E a realização de infiltração ecoguiada da articulação sacroilíaca. O seu programa terapêutico incluía ainda recomendações de prevenção de obstipação, a continuação de dieta para a diminuição de peso e a aplicação de calor húmido em casa, com um saco de água quente, na região lombo-sagrada.

No início da consulta de enfermagem procurámos saber quais as expetativas da Sra. M com a consulta no CMD, em que a resposta foi *“que gostava de ficar sem dores...”* dá um sorriso, refere que *“sabe que é difícil, mas, pelo menos gostava de ter menos dores”* (sic). Valido que realmente vamos tentar aliviar a sua dor, tentar que viva melhor com a sua dor.

O seu marido presente na consulta pouco falou, faz companhia a sua esposa, mas na realidade é a Sra. M. que cuida de si e do seu esposo quando às questões de saúde. Refere que *“o meu marido vê muito mal, já não conduz, mas faz questão de me acompanhar sempre, faz-me companhia”* (sic).

Nesta fase do processo de parceria, para Gomes (2016), a enfermeira deve promover a afetividade, a escuta ativa; mostrar disponibilidade; perguntar antes de atuar; mostra respeito pela pessoa idosa; demonstrar capacidade para compreender a pessoa idosa e ter capacidade para avaliar a situação com a pessoa idosa.

Tentei olhar sempre para a Sra. M. enquanto falava, isto porque ao mesmo tempo têm que ser feitos os registos informáticos, dando feedback positivo, não fazendo juízos de valor ao que dizia. Tentei que ao longo de todos os momentos em consulta e tratamentos percebesse o respeito que tenho pela pessoa idosa, e especialmente pela Sra. M., pelos seus valores e crenças.

Conhecer a História de Dor da Pessoa Idosa

Procurando conhecer melhor a dor da Sra. M. problema que a levou ao CMD, refere que esta já a acompanha há muitos anos, fez a 1ª cirurgia à coluna em 2007 referindo que se sentiu melhor seis meses após esta, mas que depois a dor lombar voltou. Após a última cirurgia em 2017, a dor lombar aumentou e apareceu a dor no MI esquerdo.

Aplicado o diagrama corporal, figura 3, a Sra. M. localizou a sua dor na região lombar e no MI esquerdo caracterizando a dor lombar como a pior dor.

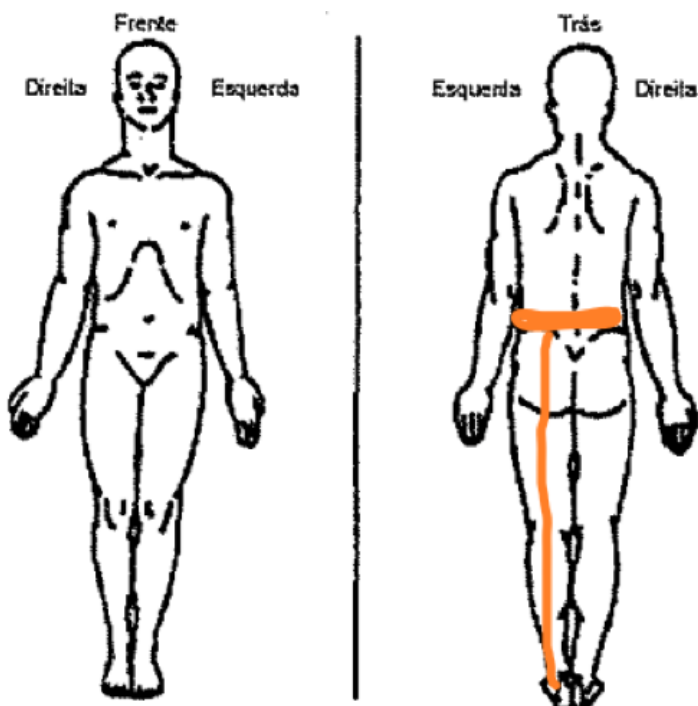


Figura 3 – Diagrama Corporal com identificação da dor

Refere que a dor está quase sempre presente, mas a sua intensidade varia ao longo do dia. Como descritores diz-nos que na região lombar “*parece uma pressão*” e que no MI esquerdo é “*dolorosa*” (sic). Destaca como fatores de alívio a posição em decúbito lateral direito e massagem com álcool, e como fatores de exacerbação o estar deitada decúbito lateral esquerdo, andar e o calor na anca esquerda.

No exame objetivo médico constata-se que deambula com defesa de carga no MI esquerdo, que a dor agrava quando deambula sobre os calcanhares, suscitando dor na anca esquerda. Apresenta dor à palpação axial na área intervencionada, sem extensão para mediana, maior intensidade de dor na palpação de massas para medianas, sobretudo na inserção na crista ilíaca esquerda e sacroiliaca. Apresenta dor à palpação de trocânter e massas supra-trocantéricas esquerda. As provas da sacroiliaca são positivas para a esquerda e as provas do piriforme duvidosas.

Avaliou-se o impacto da dor nas atividades de vida diárias (AVD) através do inventário resumido da dor (IRD) em que a Sra. M. classificou da seguinte forma:

- Para quantificar a intensidade (usada a escala de autoavaliação numérica, e que 0 é não ter dor e 10 a maior dor sentida na vida) refere que naquele momento tem intensidade 2, a sua dor máxima vai até à intensidade 8, no mínimo tem intensidade 0 e em média intensidade 6.

ENVOLVER-SE

REVELAR-SE

- Refere que o alívio sentido na última semana com o plano terapêutico instituído foi de cerca de 50%.

- Avalia-se a interferência da dor em alguns parâmetros, numa escala de 0 a 10 em que 0 é não interfere e 10 interfere completamente, a Sra. M. avalia a interferência da sua dor da seguinte forma:

- Atividade geral- 7
- Disposição- 5
- Capacidade de andar a pé- 3
- Trabalho normal -7
- Relações com as outras pessoas- 0
- Sono- 4
- Prazer de viver -5

Na avaliação realizada contata-se que a dor tem um impacto significativo nas dimensões da disposição e no prazer de viver, com maior intensidade no trabalho normal e na atividade geral. Estas são áreas que vão afetar a funcionalidade da pessoa idosa, e neste contexto, para uma intervenção em parceria tivemos necessidade de realizar uma avaliação mais aprofundada, realizando uma avaliação multidimensional.

Identificar as Necessidades e Potencialidades da Pessoa Idosa para a promoção do cuidado de Si

Padrão de vida quotidiano

Após a avaliação da dor podemos verificar que a dor crónica da Sra. M. interfere na sua:

- capacidade em movimentar-se e manter uma postura correta (dor aumenta quando anda ou está muito tempo em pé)
- Comunicar com os seus semelhantes (já vai menos vezes visitar as amigas para evitar as deslocações)
- Dormir e repousar (acorda com dor)
- Realização dos seus passatempos (gosta de fazer renda, mas faz menos tempo porque começa a sentir dor)

Avaliação multidimensional da pessoa idosa em todas as dimensões

Como nos diz Ermida (2014), a avaliação multidimensional na pessoa idosa é essencial para estabelecer um plano de cuidados adequado pois, do processo normal de envelhecimento decorre uma diminuição física, mental e funcional,

variável entre indivíduos, que podem condicionar a autonomia e independência da pessoa idosa, repercutindo-se inevitavelmente na sua qualidade de vida (QdV).

Visto que a Sra. M. viria cerca de 2 vezes por semana durante 3 semanas para a realização de sessões de diatermia, e chegava sempre mais cedo do que a hora da marcação, pois vinha de transportes públicos, a avaliação multidimensional, a aplicação dos instrumentos de avaliação, foi realizada em vários momentos.

Para avaliação do estado cognitivo após algumas questões avaliamos que a Sra. M. encontra-se consciente e aparentemente orientada, apresentava um discurso fluido, coerente e perceptível. Foi aplicado a escala do Mini-Mental State Examination (MMSE), validada para Portugal por Guerreiro et. al. (1994), no qual apresentou um score total de 26, encontrando-se dentro do escalão de 1 a 11 anos de escolaridade, podemos inferir que não apresenta deficit cognitivo. No entanto podemos constatar que foi no item de calculo e atenção que a Sra. M. errou as respostas, havendo um comprometimento no pré-requisito necessário para a realização de cálculos matemáticos.

Para a avaliação do estado afetivo usou-se a escala de depressão geriátrica abreviada de Yesavage (1975) que nos revela que a Sra. M. tem uma depressão ligeira, validando o diagnostico já referido pela Sra. M., fazendo medicação para o efeito e, aqui, novamente foca a situação de conflito familiar com a sua sobrinha.

Segundo a Sra. M. esta é autónoma em todas as suas atividades, “*não necessitando ainda de ajuda*” (sic). Com um sorriso no rosto, refere que é ela que cozinha e faz a lida da casa, assim como costuma ir as compras e fazer a gestão financeira. Apresenta higiene pessoal cuidada, refere que toma banho todos os dias, apresentando também roupa limpa e cuidada. Tal como o seu marido que a acompanha.

Para avaliação da capacidade funcional foi utilizada a escala de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965) e a escala de Lawton & Brody (1969). Pela escala de Barthel aferimos que a Sra. M. tem independência nas AVD, sendo que o único item que não tem a pontuação máxima é o da continência vesical, pois refere que por vezes apresenta incontinência urinária, usando sempre um penso de absorção normal. Avaliando a Sra. M. pela escala de Lawton & Brody esta é independente nas atividades instrumentais da vida diária, não estando afetado nenhum item.

Para avaliação da capacidade da marcha utilizou-se a classificação funcional da marcha de Holden (1986) que nos indica que a Sra. M. apresenta uma marcha

<p>REVELAR-SE</p> <p>ENVOLVER-SE</p>	<p>independente pois é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas.</p> <p>Através da avaliação do estado nutricional, pelo Mini Nutritional Assement (MNA) (Guigoz e Vellas, 1994), constatámos que a Sra. M. tem um estado nutricional normal, no entanto o seu IMC, de acordo com a classificação do IMC em idosos de Ferry e Alix (2002), citado em Veríssimo, Barbosa e Veríssimo (2014), a Sra. M. apresenta obesidade, visto o seu IMC ser superior a 30, sendo de 31,9.</p> <p>Conhecer as capacidades, os conhecimentos e o potencial de desenvolvimento para o cuidado de Si</p> <p>Conseguimos aferir que a Sra. M.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tem capacidade para cuidar de si relativamente às suas AVD e AIVD - Necessita de adaptar a forma como realiza as suas AIVD para não se repercutirem no aumento da intensidade da sua dor - Deve ser incentivada a realizar medidas de controlo da dor não farmacológicas como a aplicação de calor húmido - Deve ser incentivada para manter o plano alimentar - Deve ser incentivada para introduzir um plano de exercício físico regular - Demonstra interesse em gerir corretamente o seu plano terapêutico - Revela falta de conhecimento relativo à medicação opioide, mas tem capacidade e vontade de aprender - Demonstra interesse em desenvolver atividades para prevenir o deficit cognitivo
	<p>As duas primeiras fases do processo de parceria, revelar-se e envolver-se, são essenciais para prosseguir com as intervenções de enfermagem baseadas neste modelo. A forma como estas duas primeiras fases foram conduzidas proporcionaram à Sra. M. a confiança na enfermeira e a motivação necessária para se capacitar para o cuidado de Si, assim como os compromissos estabelecidos foram verdadeiros e sustentados numa relação de parceria. Desta forma a enfermeira encontrou-se para a Sra. M. como um agente facilitador neste processo de crise.</p>
<p>CAPACITAR / POSSIBILITAR</p>	<p>O enfermeiro promove o Cuidado-de-Si na pessoa idosa e o Cuidado-do-Outro na família / pessoa significativa através da construção de uma ação conjunta/ ou assegura o cuidado do outro</p> <p>O facto de a Sra. M. realizar tratamento de diatermia em hospital dia, deu-nos a</p>

ENVOLVER-SE

CAPACITAR OU POSSIBILITAR. Capacitar é construir uma ação conjunta negociada no desenvolvimento de competências para agir, decidir e transformar as capacidades potenciais em reais. Possibilitar o cuidado da pessoa quando esta não tem capacidade para o fazer ou capacitar o familiar / pessoa significativa para o fazer, tendo em conta a pessoa como um ser de projeto e cuidado no contexto da sua existência e do mundo em que se insere.

possibilidade de solidificar, através do tempo e espaço necessário, uma relação de confiança entre a enfermeira e a Sra. M.. Procuramos transformar as suas capacidades potenciais em reais para o alívio da sua dor, através de partilha de informação, de reflexão conjunta, partilha de responsabilidade e poder, centrando o cuidado na Sra. M. e promovendo o cuidado de Si (Gomes, 2016).

A intervenção inicial incidiu no ensino da autoavaliação da dor, a escala escolhida foi a escala numérica, sendo importante esta autoavaliação para uma gestão eficaz do regime medicamentoso. Após a prescrição terapêutica pelo médico foi validada a informação assim como foi novamente assinalada a consulta telefónica como recurso que poderia utilizar sempre que sentisse necessidade.

Durante as sessões de diatermia foi validada a terapêutica base e de resgate, tendo sido referido pela Sra. M. o medo aditivo do uso da medicação de resgate, pois tinha tramadol, que é um opioide. Foi desmistificado esse medo, tendo a Sra. M. começado a fazer a medicação de resgate perante dor irruptiva.

A Sra. M. foi incentivada a fazer calor húmido também em casa, como método de alívio da dor, e quando refere que o faz foi dado reforço positivo.

Outra sugestão apresentada foi a de fazer caminhadas, também com a perspetiva de perder peso, pois o excesso de peso também aumenta a dor. Mas a Sra. M. refere que as caminhadas lhe causam mais dor e que tem muita dificuldade em as realizar. Sugerido que caminhasse até começar a sentir dor e depois parrasse, não abolisse totalmente as caminhadas, e assim a Sra. M. foi fazendo e foi inclusive dando o feedback que ia conseguindo fazer cada vez mais tempo, dando-se aqui também sempre o reforço positivo.

Também foi aconselhada no seu regime alimentar, apesar de ser seguida em consulta de nutrição e diatética, nos últimos tempos aumentou de peso associando ao facto de andar menos.

Numa das vezes que veio fazer a sessão de diatermia apresentava maior intensidade de dor, questionada se associava esse facto a alguma coisa... referiu “*que durante o fim de semana fez toda a lida de casa*” (sic). Foi aconselhada a fazer de forma faseada... refere que nunca tinha pensado nisso. Sugere-se que, eventualmente se tivesse essa possibilidade económica, sempre que fosse para limpar tetos paredes e varandas pedisse a alguém para o fazer, pois como pode verificar esses trabalhos agora nesta fase da sua vida já lhe são prejudiciais. Aceitou e referiu que o iria fazer.

ENVOLVER-SE
CAPACITAR OU POSSIBILITAR
COMPROMETER-SE - Desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos.

Numa outra vez quando pede receita de tapendadol verificamos que a toma deste medicamento não é a correta, faz 4 comprimidos por dia em vez de 2, ou seja, o dobro da dose prescrita. Tentamos compreender o porquê, refere que manteve assim pois era como a estava prescrito antes de vir ao CMD, e como antes tinha dores, manteve aquele medicamento como lhe tinha sido indicado anteriormente. Foi validada a informação com o médico que manteve os 4 comprimidos por dia, tendo depois reduzido após o procedimento de infiltração, pois a intensidade de dor também diminui após este procedimento.

O Enfermeiro ajuda a suportar o compromisso que a pessoa idosa / família / pessoa significativa faz, com base nas intervenções planificadas de acordo com o que faz sentido para Si / para o Outro

No quadro 3 apresenta-se os diagnósticos validados com a Sra. M. os compromissos assumidos assim como as intervenções e a avaliação do cuidado de Si.

Quadro 3 – Plano de Cuidados			
Diagnósticos Validados	Resultados esperados negociados	Intervenções de enfermagem negociadas / compromissos estabelecidos	Avaliação do plano /Assumir ou Assegurar o Cuidado-de-Si-Próprio
Dor na região lombar e MIE relacionada com FBSS	Que a Sra. M. apresente a dor controlada ao final de 3 meses.	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino da avaliação da intensidade de dor através da EN e do plano terapêutico para o controlo da dor - Avaliação da dor em todas as consultas de enfermagem - Validação do plano terapêutico - Encaminhamento médico, se necessário. - Acompanhamento / Apoio no procedimento de infiltração eco guiada à SI - Aplicação de reforço positivo nos progressos do controlo da dor - Realização de CT de acompanhamento após a 1ª consulta de enfermagem aos 15 dias, 1 mês e 2 mês. - Incentivo para que recorra à CT sempre que necessite de medicação, 	<p>A Sra. M.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consegue autoavaliar a sua dor e identifica as situações de dor irruptiva - Cumpre o plano terapêutico - Realizou o procedimento de infiltração eco guiada - Utilizou a CT sempre que sentiu necessidade. <p>A enfermeira:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliou a dor em todas as consultas - Validou o plano terapêutico - Encaminhou sempre que necessário a situação clínica - Fez o

<p>ENVOLVER-SE CAPACITAR OU POSSIBILITAR COMPROMETER-SE</p>			tenha alguma dúvida ou não apresente a dor controlada.	acompanhamento na técnica invasiva -Aplicou reforços positivos - Realizou as CT
	Diagnósticos Validados	Resultados esperados negociados	Intervenções de enfermagem negociadas / compromissos estabelecidos	Avaliação do plano /Assumir ou Assegurar o Cuidado-de-Si-Próprio
	Risco de não adesão terapêutica relacionada com efeitos secundários	Que a Sra. M. mantenha adesão à medicação.	- Validação do cumprimento do regime medicamentoso que a Sra. M. faz. - Desmistificação de medos e mitos relativos à medicação realizada. - Reforço positivo quando a Sra. M. realiza a terapêutica	- A Sra. M. cumpre o regime medicamentoso recomendado.
	Risco de obstipação relacionado com o uso de medicação analgésica opióide	Que a Sra. M. mantenha o transito intestinal regular.	- Fornecimento de folheto com estratégias para prevenir a obstipação, validando com a Sra. M. quais a que pode realizar.	A Sra M. mantem o transito intestinal regular
	Risco de deficit cognitivo relacionado com o processo de envelhecimento	Que a Sra. M. se mantenha sem deficit cognitivo, validado pelo MMSE	- Informação e validação com a Sra. M. de quais as melhores estratégias para a prevenção de deficit cognitivo	A Sra. M. mantém-se sem deficit cognitivo após avaliação anual.
	Alteração do humor, relacionado com depressão ligeira (associado ao conflito existente com uma das sobrinhas)	- Prevenir isolamento social - Resolução de conflitos familiares	- Identificação em conjunto dos recursos internos (família) e externos (comunidade) disponíveis da Sra. M. - Facilitação da expressão de emoções e dificuldades sentidas - Reforço positivo para as atividades de socialização - Promoção da esperança na manutenção da sua autonomia	- A enfermeira demonstra disponibilidade para a escuta ativa - A Sra. M. mantém atividades de distração, lazer e socialização - A Sra. M. resolve conflito familiar.

<p>ENVOLVER-SE CAPACITAR OU POSSIBILITAR COMPROMETER-SE ASSUMIR O CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO - a pessoa idosa consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, ou a família adquire capacidade para ajudar a cuidar da pessoa idosa doente.</p>	<p>O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da pessoa idosa assumir ou assegurar o Cuidado- de- Si / da família ou pessoa significativa assumir ou assegurar o Cuidado- do- Outro</p> <p>A Sra. M. passou a conseguir auto avaliar a sua dor e a gerir o PT, recorrendo à terapêutica de resgate e a medidas de alívio da dor não farmacológicas, como o calor húmido.</p> <p>Relativamente às suas atividades domésticas realiza-as de forma a não ter que fazer um esforço extra que lhe provoque dor.</p> <p>Refere ter cuidado na sua alimentação e conseguir fazer as suas caminhadas por um tempo maior.</p> <p>Como objetivo a médio prazo prevê falar novamente com o condomínio para a possibilidade futura de colocar um elevador no vão das escadas e rampa de acesso ao prédio.</p> <p>Após este percurso, mantive-me, e na minha ausência, as enfermeiras do CMD, como recurso para a Sra. M, a quem pode recorrer sempre que seja necessário, e encurtando a distância, por exemplo através da CT.</p>
--	---

Fonte: Modelo de Parceria de Gomes (2016, p.237)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ermida, J. (2014). Avaliação Geriátrica Global. In Veríssimo, M. (Coord.), *Geriatrics Fundamental Saber e Praticar* (pp. 103-117). Lisboa: Lidel.
- Gomes (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Lisboa: Novas Edições Académicas.
- Guerreiro, M.P., et al Adaptação á população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1994. 9: vol 1.

- Guigoz Y, Vellas B. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutrition Review*. 1998; 54: S59-S65.
- Holden MK, Gill KM, Magliozzi MR. Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Phys Ther*. 1986; 66:1530-1539.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969; 9:179-186.
- Maddalozzo, G. F., Aikenhead, K., Sheth, V., & Perisic, M. N. (2018). A Novel Treatment Combination for Failed Back Surgery Syndrome, With a 41-Month Follow-Up: A Retrospective Case Report. *Journal of Chiropractic Medicine*, 17(4), 256–263. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2018.03.007>
- Mahoney FI, Barthel, DW. Functional evaluation. The Barthel Index. *MD State Medical Journal*. 1965; 14:61-65
- Souza, P. M. R., Barcellos, D. K. (2018). Particularidades da terapêutica da dor no envelhecimento. In Bersani, A.L.F., Barros, B. F., Moraes, N. S., Santos, F. C. (Editores), *Terapêutica da dor no idoso – guia prático* (pp. 1-6). São Paulo: Atheneu.
- Veríssimo, R.; Barbosa, B.; Veríssimo, M. (2014). Particularidades clínicas do doente idoso. In Veríssimo, M. (Coord.), *Geriatría Fundamental Saber e Praticar* (pp. 137-142). Lisboa: Lidel.
- Wright, L.M., Leahey M. (2015). Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5ª edição. São Paulo: Roca.
- Yesavage, J.A., Sheikh J. L. Geriatric Depression Scale: Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*. 1986; 5: 165-173.
- Yin, R.K. (2015). *Estudo de Caso – Planejamento e Métodos*. 5ª Edição. São Paulo: Bookman editora.
-

Apêndice VIII

Guião do Processo de Parceria de Gomes à Pessoa Idosa com Dor Crónica

Guião do Processo de Parceria de Gomes à Pessoa Idosa com Dor Crónica

<p>REVELAR-SE caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa do enfermeiro e pessoa/familiar cuidador/família como ser de projeto e de cuidados. O enfermeiro dá-se também a conhecer, estabelecendo os termos da relação</p>	<p>O Enfermeiro dá-se a Conhecer à Pessoa Idosa / Família/ Pessoa Significativa</p> <p>Apresenta-se (nome, profissão)</p> <p>Faz o acolhimento (explicita os objetivos do encontro e dos termos da relação; apresenta a unidade que integra; promove um ambiente propício a interação)</p> <p>Mostra-se disponível para a pessoa idosa / familiar / pessoa significativa (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)</p>
	<p>Conhecer a singularidade / projeto de vida da pessoa idosa</p> <p>Dados socio biográficos (nome, nome pelo qual gosta de ser tratado; género, idade, escolaridade, estado civil, contacto telefónico; nacionalidade/naturalidade; atividade profissional (atual / anterior); pessoa referencia (nome, parentesco, contacto telefónico).</p> <p>Motivo do pedido de cuidados de enfermagem; Referência (Instituição/ Especialidade/ Medico; diagnóstico médico)</p> <p>Religião /crenças / valores / Espiritualidade (O que motiva a pessoa idosa e dá sentido à sua vida)</p> <p>Experiências de vida significativas (Experiências de vida significativas / transições de desenvolvimento significativas na pessoa idosa (envelhecimento))</p>
<p>ENVOLVER-SE - caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade e estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade, promovendo o cuidado em ambiente seguro</p> <p>O enfermeiro procura conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa no sentido de a ajudar a promover o seu projeto de saúde e vida e a realização de Si, incluindo a família/pessoa significativa, no contexto da sua comunidade, existência e relação com o mundo.</p>	<p>Conhecer o Contexto de Vida da Pessoa Idosa / Perfil psico social</p> <p>Caracterização familiar e rede de apoio (agregado e rede familiar, papel na família; situação económica do agregado familiar; genograma; vizinhança, médico família, apoio social, centro dia, cuidador familiar; eco mapa)</p> <p>Condições habitacionais (tipo de casa, salubridade, se e próprio ou alugado, barreiras arquitetónicas, casa de banho adaptada, aquecimento)</p> <p>Estilos de vida (Atividades lazer; comportamentos aditivos)</p>
	<p>Conhecer a História da Saúde/Doença atual da Pessoa Idosa e que significado esta tem na sua trajetória de vida. Processo de recuperação/adaptação</p> <p>História da doença atual - Início, sinais e sintomas; exames efetuados</p> <p>A pessoa idosa, familiar e/ou pessoa significativa tem conhecimento do diagnóstico / prognóstico (Compreende? Aceita? qual o sentido que dá à doença? preocupações da pessoa? Fé e esperança?)</p> <p>Adaptação à situação de doença/dependência (o que facilita ou inibe a adaptação)</p> <p>Plano terapêutico em uso/ habitual (medidas farmacológicas; recurso a terapias complementares; pessoa responsável; problemas de adesão)</p> <p>Quais os antecedentes pessoais e familiares (problemas de saúde; cirurgia realizadas; alergias e intolerâncias, medicação e tratamentos anteriores; internamentos anteriores -como os vivenciou)</p>
	<p>Identificar as Necessidades e Potencialidades da Pessoa Idosa para a promoção do cuidado de Si</p> <p>- Padrão de vida quotidiano: como vive cada uma das suas NHF's/AVD/AIVD/ como, quando, porquê as realiza; quais os seus desejos no seu quotidiano de vida (conforme o problema que começa a emergir detalhar a avaliação dos seguintes parâmetros: respirar; comer e beber; manter a temperatura corporal; manter-se limpo e proteger os tegumentos; eliminar; movimentar-se e manter a postura correta; vestir e despir- se; evitar os perigos; comunicar com os seus semelhantes; dormir e repousar; praticar a sua religião e agir s/crenças; ocupar- se tendo em vista a realização de passatempos, sexualidade).</p> <p>- Avaliação multidimensional da pessoa idosa em todas as dimensões (recurso a instrumentos de avaliação).</p> <p>- Conhecer as capacidades, os conhecimentos e o potencial de desenvolvimento para o cuidado de Si</p> <p>O que a pessoa idosa, familiar e/ou pessoa significativa pode fazer sozinha / o que pode fazer com ajuda / o que não consegue fazer sozinha para promover o Cuidado- de- Si / o Cuidado- do- Outro.</p> <p>O que a pessoa idosa, familiar e/ou pessoa significativa sabe, não sabe, e o que quer saber para promover o Cuidado- de- Si / o Cuidado- do- Outro.</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gomes (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Lisboa: Novas Edições Académicas.

APÊNDICE IX

ESCALAS DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL À PESSOA IDOSA

ESCALAS DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL À PESSOA IDOSA

Ermida (2014) diz-nos que, a senescência determina em todo o indivíduo uma diminuição física, mental e funcional que condiciona mais ou menos significativamente a sua autonomia e independência, afetando o seu desempenho e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida. Perante as declaradas alterações a nível bio-psico-social, o autor refere que, a pessoa idosa deve ser avaliada através de um processo que envolve múltiplos saberes e conseqüente múltiplos profissionais especializados na área da pessoa idosa.

Na opinião de Sequeira (2018), a avaliação precoce e a monitorização das limitações/défices na pessoa idosa facilitam a prescrição de intervenções personalizadas permitindo a prevenção da sua deterioração e contribui para o aumento da sua satisfação.

A utilização de instrumentos de medida é fundamental para o diagnóstico rigoroso. Mas não nos podemos esquecer que a utilização de escalas não substitui a realização de uma entrevista detalhada, pois muitas vezes esta constitui uma fonte de informação preciosa para a personalização do plano de cuidados. (Sequeira 2018).

Seguidamente apresentamos os instrumentos de avaliação multidimensional utilizados para o estudo de caso.

Avaliação do Estado Cognitivo

Mini Exame do estado Mental (Mini Mental State Examination – MMSE)

Este instrumento de avaliação cognitiva foi desenvolvido por Folstein et al. em 1975 e foi validado para a população portuguesa em 1994 por Guerreiro et al. Segundo os autores o MMSE permite avaliar a orientação temporal e espacial, a capacidade de atenção e cálculo, a memória de retenção e evocação, a capacidade de linguagem e habilidade construtiva (Ermida, 2014). Cada item soma um ponto, fazendo-se a soma parcial e posteriormente total da escala.

MMES

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____ Em que país estamos? _____
Em que mês estamos? _____ Em que distrito vive? _____
Em que dia do mês estamos? _____ Em que terra vive? _____
Em que dia da semana estamos? _____ Em que casa estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____ Em que _____ estamos? _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. _____



TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Avaliação do estado Afetivo

Escala de Depressão Geriátrica

A escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (1975) foi criada com o objetivo de rastrear a presença de depressão na pessoa idosa. Existem 2 versões desta escala, a original com 30 questões, e uma versão mais curta com 15 questões, sendo esta última validada também pelos autores e a mais utilizada. Cada questão é respondida com um “sim” ou “não”, recebendo, cada resposta que seja de acordo com a chave de pontuação, 1 ponto. (Ermida, 2014).

Escala de Depressão Geriátrica, versão curta

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

Avaliação:

Sem depressão: 0 a 5 pontos

Depressão ligeira ou moderada: de 6 a 10 pontos

Depressão grave: 11 a 15 pontos

Avaliação da Capacidade Funcional

Escala de Barthel

A escala de Barthel é um instrumento que avalia as atividades básicas de vida diárias (ABVD), sendo composto por 10 ABVD. Cada atividade apresenta entre 2 a 4 níveis de dependência, em que a pontuação 0 corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com 5, 10 ou 15 em função dos níveis de diferenciação. A sua cotação global varia entre 0 (dependência total) a 100 (independente), mas os autores definiram pontes de corte para discriminarem os níveis de dependência. (Sequeira, 2018). Além da pontuação total deve também ser considerada a avaliação de cada atividade, por ser diferente o peso de cada uma delas na dependência na pessoa idosa.

Pontuação dos níveis de dependência

90 a 100 – Independente

60 a 89 – Ligeiramente dependente

40 a 55 – Moderadamente dependente

20 a 35 – Severamente dependente

< 20 – totalmente dependente

Escala de Barthel

1.Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2.Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3.Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4.Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5.Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7.Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8.Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9.Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10.Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Escala de Layton e Brody

A escala de Layton e Brody permite avaliar a capacidade do idoso para o exercício de 8 atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Apresenta algumas limitações que decorrem de alguns itens avaliados terem implicações socioculturais. Cada AIVD tem vários níveis de dependência (3 a 5). Para cada AIVD a pessoa idosa é classificada como dependente (0 pontos) ou independente (1 ponto). No caso dos homens não se contabilizam a preparação das refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa. (Ermida, 2014).

Escala de Layton e Brody

1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- ☐ 1 Utiliza o telefone por iniciativa própria
- ☐ 1 É capaz de marcar bem alguns números familiares
- ☐ 1 É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- ☐ 0 Não é capaz de usar o telefone

2- FAZER COMPRAS

- ☐ 1 Realiza todas as compras necessárias independentemente
- ☐ 0 Realiza independentemente pequenas compras
- ☐ 0 Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- ☐ 0 É totalmente incapaz de comprar

3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- ☐ 1 Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- ☐ 0 Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- ☐ 0 Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- ☐ 0 Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- ☐ 1 Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- ☐ 1 Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- ☐ 1 Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- ☐ 0 Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- ☐ 0 Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5- LAVAGEM DA ROUPA

- ☐ 1 Lava sozinho toda a sua roupa
- ☐ 1 Lava sozinho pequenas peças de roupa
- ☐ 0 A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- ☐ 1 Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- ☐ 1 É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- ☐ 1 Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- ☐ 0 Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- ☐ 0 Não viaja

7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

- ☐ 1 É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- ☐ 0 Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- ☐ 0 Não é capaz de administrar a sua medicação

8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

- ☐ 1 Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- ☐ 1 Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- ☐ 0 Incapaz de manusear o dinheiro

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

Avaliação da Marcha e Equilíbrio

Escala de Holden – Classificação funcional da marcha

A escala de Holden permite avaliar a marcha da pessoa idosa, em função da capacidade de andar sozinha ou de necessitar de pequena ou grande ajuda para se deslocar em superfícies planas, inclinadas ou em escadas. De acordo com a classificação a pessoa idosa encontra-se numa das 5 categorias da escala.

Escala de Holden

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
1 Marcha dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

Nota: assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andarilho

Avaliação da mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico (POMA – Performance Oriented Assessment of Mobility)

A escala de POMA, criada por Tinetti (1986) e validada para Portugal em 2001 por Elisa Petiz, é composta por duas partes, a primeira avalia o equilíbrio e a segunda avalia a marcha. A Avaliação do equilíbrio faz-se através de 9 itens em que a pessoa idosa deve executar algumas ações na posição de sentado ou em pé, pontuando-se de 0 a 16 consoante a forma como realiza as tarefas. A pontuação mais elevada significa melhor equilíbrio. Na avaliação da marcha é pedido à pessoa idosa para caminhar e são observadas aí algumas características para que se possa preencher 7 itens que têm uma pontuação de 0 a 12. A pontuação mais alta significa melhor capacidade da marcha. (Ermida, 2014)

POMA I

(PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE)

AValiação DA MOBILIDADE E EQUILÍBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO

TESTE DE TINETTI

EQUILÍBRIO ESTÁTICO

CADEIRA:

1. EQUILÍBRIO SENTADO

- 0 – inclina – se ou desliza na cadeira
- 1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira
- 2 – estável, seguro

2. LEVANTAR –SE

- 0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio
- 1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa
- 2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços

3. EQUILÍBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)

- 0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)
- 1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se
- 2 – estável sem qualquer tipo de ajudas

4. EQUILÍBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS

- 0 – instável
- 1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio
- 2 – pés próximos e sem ajudas

5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)

- 0 – começa a cair
- 1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza
- 2 – estável

6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO

- 0 – instável
 - 1 – estável
-

7. VOLTA DE 360° (2 vezes)
0 – instável (agarra – se, vacila)
1 – estável, mas dá passos descontínuos
2 – estável e passos contínuos
8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)
0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto
1 – aguenta 5 segundos de forma estável
9. SENTAR-SE
0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância
1 – usa os braços ou movimento não harmonioso
2 – seguro, movimento harmonioso

Pontuação: _____ / 16

EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA

Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)
0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
1 – sem hesitação
11. LARGURA DO PASSO (pé direito)
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio
12. ALTURA DO PASSO (pé direito)
0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
1 – o pé direito eleva-se completamente do solo
13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
1 – ultrapassa o pé direito em apoio
14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)
0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo
15. SIMETRIA DO PASSO
0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico
1 – comprimento do passo aparentemente simétrico
16. CONTINUIDADE DO PASSO
0 – pára ou dá passos descontínuos
1 – passos contínuos
17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)
0 – desvia-se da linha marcada
1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
2 – sem desvios e sem ajudas

18. ESTABILIDADE DO TRONCO

0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha

1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha

2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha

19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA

0 – calcanhares muito afastados

1 – calcanhares próximos, quase se tocam

Pontuação: _____ / 12

Pontuação total: _____ / 28

Fonte: <https://ccfmuc09.files.wordpress.com/2012/11/mime-attachment.pdf>

Avaliação Nutricional

Mini Avaliação Nutricional (Mini Nutritional Assessment – MNA)

A escala MNA permita avaliar o estado de nutrição da pessoa idosa. A sua aplicação faz-se através de questões à pessoa idosa sobre os seus hábitos alimentares, complementando com alguns valores antropométricos. A escala é composta por 18 itens, constituindo os 6 primeiros a triagem. Caso a pontuação da triagem seja sugestiva da presença ou risco de malnutrição, é realizada a segunda parte do questionário.

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem".
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão <input type="checkbox"/>		J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições <input type="checkbox"/>	
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso <input type="checkbox"/>		K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • carne, peixe ou aves todos os dias? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim» <input type="text"/> . <input type="text"/>	
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal <input type="checkbox"/>		L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim <input type="checkbox"/>	
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não <input type="checkbox"/>		M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos <input type="text"/> . <input type="text"/>	
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos <input type="checkbox"/>		N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade <input type="checkbox"/>	
F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²]) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/>		O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional <input type="checkbox"/>	
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) <input type="text"/> <input type="text"/> 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R		P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor <input type="text"/> . <input type="text"/>	
Avaliação global		Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22 <input type="text"/> . <input type="text"/>	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não <input type="checkbox"/>		R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31 <input type="checkbox"/>	
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não <input type="checkbox"/>		Avaliação global (máximo 16 pontos) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não <input type="checkbox"/>		Pontuação da triagem <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
References 1. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. <i>J Nutr Health Aging</i> . 2006; 10 :456-465. 2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). <i>J Gerontol</i> . 2001; 56A : M366-377. 3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? <i>J Nutr Health Aging</i> . 2006; 10 :466-487. © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M Para maiores informações: www.mna-elderly.com		Pontuação total (máximo 30 pontos) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Avaliação do Estado Nutricional de 24 a 30 pontos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal de 17 a 23,5 pontos <input type="checkbox"/> sob risco de desnutrição menos de 17 pontos <input type="checkbox"/> desnutrido			

Avaliação para o risco e desenvolvimento de úlcera por pressão

Escala de Braden

De acordo com a DGS (2011) devemos realizar a avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nas pessoas idosas seja qual for o contexto assistencial, independentemente do seu diagnóstico clínico ou necessidades de cuidados de saúde.

O instrumento para a avaliação do risco de desenvolvimento por pressão validados para a população portuguesa é a Escala de Braden e o seu instrumento de avaliação da pele, que mostraremos mais à frente.

O risco de desenvolver úlcera por pressão deve ser reavaliado periodicamente, segundo a DGS (2011, p.1), de acordo com a seguinte tabela:

Internamentos Hospitalares	Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos	Unidades de Cuidados Continuados e Paliativos	Cuidados Domiciliários	Doentes que não permaneçam mais de 48 no serviço
48/48 Horas	24/24 Horas	48/48 Horas	Semanalmente	Apenas se existir alguma intercorrência

Através da aplicação da Escala de Braden as pessoas idosas devem ser categorizadas em dois níveis de risco, em que o ponto de corte será 16, da seguinte forma:

- Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão - valor final ≤ 16
- Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão - valor final ≥ 17

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____

Nome do avaliador: _____

Data da avaliação: _____

Serviço: _____

Cama: _____ Idade: _____

Percepção sensorial

Capacidade de reacção significativa ao desconforto

1. Completamente limitada:
Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,
OU
capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.

2. Muito limitada:
Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação,
OU
tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.

3. Ligeiramente limitada:
Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,
OU
tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.

4. Nenhuma limitação:
Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.

Humidade

Nível de exposição da pele à humidade

1. Pele constantemente húmida:
A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.

2. Pele muito húmida:
A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.

3. Pele ocasionalmente húmida:
A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.

4. Pele raramente húmida:
A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.

Actividade

Nível de actividade física

1. Acamado:
O doente está confinado à cama.

2. Sentado:
Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.

3. Anda ocasionalmente:
Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.

4. Anda frequentemente:
Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.

Mobilidade

Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo

1. Completamente imobilizado:
Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.

2. Muito limitada:
Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.

3. Ligeiramente limitado:
Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.

4. Nenhuma limitação:
Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.

Nutrição

Alimentação habitual

1. Muito pobre:
Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido
OU
está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.

2. Provavelmente inadequada:
Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético
OU
recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.

3. Adequada:
Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,
OU
é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.

4. Excelente:
Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.

Fricção e forças de deslizamento

1. Problema:
Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.

2. Problema potencial:
Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.

3. Nenhum problema:
Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

Pontuação total

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989;

Versão Portuguesa 2001. Carlos Margato; Cristina Miguéns; Pedro Ferreira; João Gouveia; Kátia Furtado

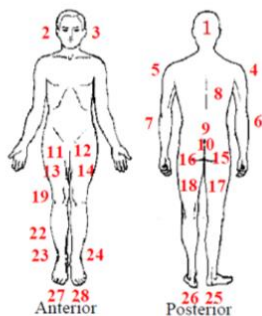
Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PELE

Nome _____ Idade _____ Serviço _____

Data da observação ____/____/____

Local avaliado	Tamanho	Condição da pele Profundidade	Estadio
1. Face posterior da cabeça			
2. Orelha direita			
3. Orelha esquerda			
4. Ombro direito			
5. Ombro esquerdo			
6. Cotovelo direito			
7. Cotovelo esquerdo			
8. Vértex (superior médio)			
9. Sacro			
10. Cóccis			
11. Crista ilíaca direita			
12. Crista ilíaca esquerda			
13. Trocanter direito (anca)			
14. Trocanter esquerdo (anca)			
15. Tuberosidade isquiática direita			
16. Tuberosidade isquiática esquerda			
17. Coxa direita			
18. Coxa esquerda			
19. Joelho direito			
20. Joelho esquerdo			
21. Perna direita			
22. Perna esquerda			
23. Tornozelo direito			
24. Tornozelo esquerdo			
25. Calcanhar direito			
26. Calcanhar esquerdo			
27. Dedos do pé direito			
28. Dedos do pé esquerdo			
29. Outro (especificar)			



Grau I – Eritema cutâneo / hiperémia não reversível ao alívio da pressão; precursor da ulceração da pele.

Grau II – Perda parcial da espessura da pele que pode afectar a epiderme e/ou a derme. A úlcera é uma lesão superficial que pode ter aspecto de escoriação, flictena ou pequena cratera.

Grau III – Perda total da pele com lesão ou necrose do tecido subcutâneo, podendo estender-se mais e afectar a camada subadjacente.

Grau IV – Lesão em toda a espessura da pele com destruição massiva, necrose tecidual ou danos musculares, ósseos ou de elementos de suporte (tendões, cápsula articular, etc.). Estas lesões podem apresentar trajectos sinuosos e socavados.

Nota: de acordo com as *guidelines* de prevenção e tratamento das úlceras de pressão, a terminologia alterou de grau para categoria

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral da Saúde (DGS) (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Norma nº 017/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ermida, J. G. (2014). Avaliação Geriátrica Global. In M.T. Veríssimo, (Coord.), *Geriatría fundamental – Saber e Praticar* (pp. 103-117). Lisboa: Lidel.
- GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 18-10-2018. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- Sequeira, C. (2018). Instrumentos de Avaliação: Idoso Dependente. In: C. Sequeira, (Coord.), *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (pp. 48-76). Lisboa: Lidel.
-

APÊNDICE X

SESSÃO DE MUSICOTERAPIA

SESSÃO DE MUSICOTERAPIA

Na sala estavam presentes a psicóloga, uma estagiária de psicologia, o músico, uma pessoa seguida em consulta e a enfermeira estagiária. Antes da sessão foram realizadas as apresentações. A apresentação da pessoa com dor foi interessante, com um ar fechado, diz “sou o L. tenho uma dor no pé, uma dor neuropática. Estou aqui na psicologia há um ano e na unidade de dor há dois” é uma pessoa jovem, com cerca de 30 anos, mas que se caracterizou pela sua dor. O músico deu a possibilidade de escolher vários instrumentos musicais, alguns até desconhecidos da enfermeira estagiária. No entanto, este desconhecimento revelou-se muito pouco importante, no momento em que o L., a tocar guitarra, levou o grupo pelos tons, sentimentos e emoções. O grupo acompanhava-o, não só tocando os vários instrumentos, como cantarolando uma música criada no momento, deixando-se levar, relaxando, colocando os problemas em perspetiva. Quase no fim, em reflexão, o pensamento surge “estamos aqui por causa do L.” e o L., com uma expressão muito mais relaxada e a sorrir diz “a música põe a dor lá longe”, “centro-me na música e esqueço a dor no pé”. Todo o trabalho da psicóloga em dar reforços positivos, “não há certo nem errado, bonito ou feito”, foi, também, um trabalho fantástico e motivador!

Esta experiência confronta-nos com as várias possibilidades que música nos dá, a música pode atenuar a dor, mas pode, também, servir qualquer outro fim, porque na realidade o que foi sentido foi um alívio da alma.

APÊNDICE XI

FORMAÇÃO DOR NA PESSOA COM DEMÊNCIA

9º Curso Mestrado em Enfermagem
Médico-Cirúrgica vertente Pessoa Idosa

Local de Estágio: Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital Garcia de Orta

DOR NA PESSOA COM DEMÊNCIA

Docente orientadora:
Prof.ª Dra. Idalina Gomes

Orientadora de estágio:
Enf.ª Madalena Martins

Aluna:
Ana Almeida

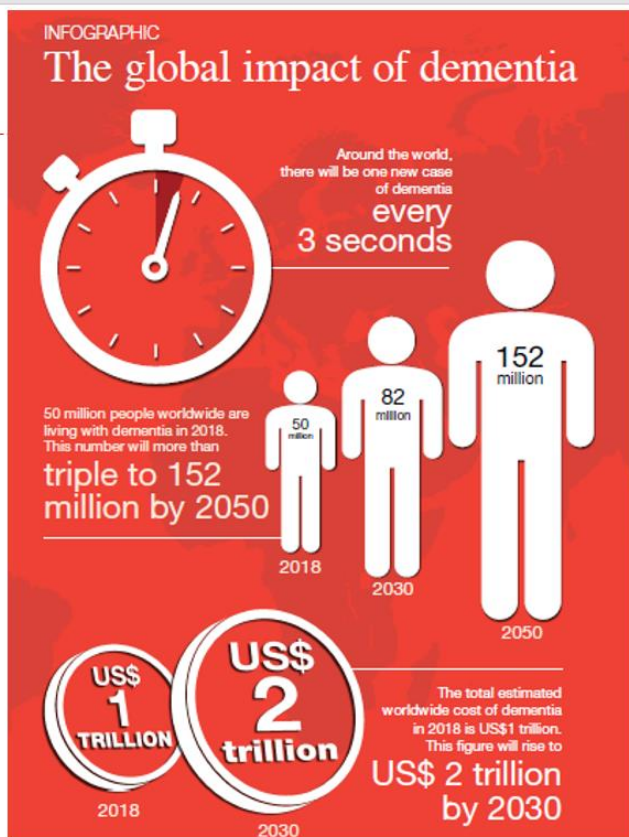
Fevereiro 2019

Sumário

Demência

Avaliação
da dor na
pessoa com
demência

Barreiras na
avaliação /
tratamento
da dor na
pessoa com
demência



Patterson (2018)

Ana Almeida

Fevereiro de 2019

3

Demência

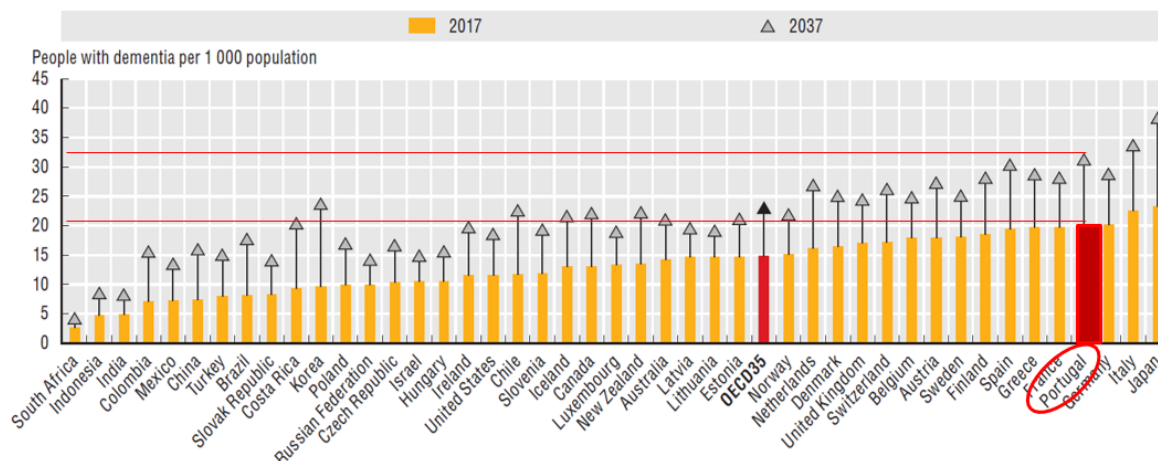


Gráfico 2. Prevalência de demência em todos os países da OCDE (2017)

Ana Almeida

Fevereiro de 2019

4

Demência

Sintomas cognitivos e comportamentais

Perda de memória

Comprometimento do raciocínio

Comprometimento da Comunicação

Alterações da personalidade

↓ da capacidade da pessoa realizar as atividades diárias

NICE (2018)

Ana Almeida

Fevereiro de 2019

5

Demência

ALZHEIMER

- Acumulação de **placas senis e tranças neurofibrilares** na região medial do **lobo temporal**
- Aparece após os 60 anos
- Manifesta **deficit mnésicos** inicial, depois afeta os **domínios cognitivos** (linguagem, capacidade viso espacial e funções executivas)

VASCULAR

- Resulta de **lesões vasculares cerebrais**
- Aparece perto dos 70 anos
- Manifesta-se pelo **comprometimento cognitivo** principalmente a nível das **funções executivas**. O defeito mnésico é menos severo

FRONTOTEMPORAL

- **Atrofia do córtex frontal e temporal**. Ausência de placas senis e de emaranhados de neurofibrilares. Existência de neurónios edemaciados com presença de **células de Pick**
- Aparece entre os 45-70anos
- Manifesta-se por alterações da **personalidade, humor, comportamento social, linguagem e funções executivas**

CORPOS DE LEWY

- 2 tipos: a + comum apresenta mistura de **corpos de lewy** e patologia amiloide; a forma pura com apenas corpos de **lewy**
- Aparece em média 75 anos
- Caracteriza-se pelo aparecimento de **défices cognitivos com caráter flutuante** (particularmente, défices cognitivos não amnésicos), sintomas de parkinsonismo e alucinações visuais complexas.

Santana e Duro (2014)
Albuquerque, Sá Esteves, e Cerejeira (2016)
Sá Esteves, Albuquerque, Cerejeira, (2016 a.)
Sá Esteves, Albuquerque, Cerejeira, (2016 b.)
Sá Esteves, Albuquerque, Cerejeira, (2016 c.)

Ana Almeida

Fevereiro de 2019

6

Estádios da Demência

ESTÁDIOS	CARATERÍSTICAS
1. Normalidade	
2. Queixas subjetivas de memória	Queixas mnésicas - esquecimentos dos nomes, locais de objetos, conversas / acontecimentos recentes. Atribuem-se à idade. A pessoa mantém-se autónoma.
3. Deficit ligeiro da memória	Agravamento das queixas. Dificuldade no desempenho socioprofissional e/ou familiar.
4. Demência ligeira ou inicial	Afeta as AIVD (perde a noção do valor do dinheiro; enganos a cozinhar; dúvidas / dificuldade em decidir). Os familiares começam a aperceber-se.
5. Demência moderada	Afeta as AVD – necessita de orientação na execução das tarefas. Apresenta graves dificuldades de concentração, atenção e orientação. A pessoa torna-se repetitiva, confunde objetos habituais e deixa de reconhecer pessoas menos íntimas. Surgem alterações de comportamento e psiquiátricas.
6. Demência grave	Afeta as AVD – necessita de ajuda na execução das tarefas até há dependência total. Apresenta discurso fragmentado, sem capacidade para reter informação. Deixa de reconhecer os familiares. Alterações do comportamento mantem-se presentes.
7. Demência muito grave	Progressivamente há perda da capacidade da marcha e linguagem. Fica em posição fetal. Esta totalmente dependente em todas as AVD.

Sequeira (2018)

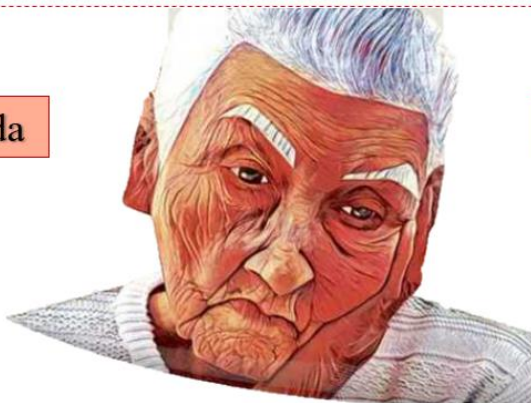
Ana Almeida

Fevereiro de 2019

7

Dor nas Pessoas com Demência

Subavaliada



Subtratada

Bruneau (2014)

- Sabe-se que a dor é muito comum entre as pessoas com demência, no entanto, o conhecimento atual é deficitário, o que frequentemente leva a tratamentos e cuidados inadequados.
- É fundamental que os profissionais de saúde apostem na formação procurando distinguir comportamentos associados à dor de outros sintomas comportamentais, melhorando as suas competências na avaliação da dor, no tratamento farmacológico e não farmacológico, compreendendo a neurofisiologia da dor, melhorando a gestão da dor.

Achterberg, (2013)

Ana Almeida

Fevereiro de 2019

8

Avaliação e Tratamento da Dor nas Pessoas com Demência

- ☐ Usar uma ferramenta de avaliação da dor observacional estruturada.
- ☐ Avaliação clínica padrão para pessoas com demência moderada a grave que não conseguem fazer a auto avaliação.
- ☐ Considerar o uso de um protocolo de tratamento gradual que equilibre o controlo da dor e os possíveis eventos adversos.
- ☐ Repetir as avaliações da dor para pessoas com demência:
 - ☐ que parecem estar com dor;
 - ☐ que mostram sinais de alterações comportamentais que podem ser causadas pela dor,
 - ☐ após qualquer intervenção de controlo da dor.

NICE (2018)

Ana Almeida

Fevereiro de 2019

9

Dificuldades na Avaliação e Tratamento da Dor nas Pessoas com Demência

- ☐ As limitações no autorrelato das experiências de dor (autoavaliação), comprometendo o diagnóstico e o controlo da dor.
- ☐ A boa gestão dos cuidados exige um diagnóstico correto e preciso, o que é difícil nos doentes não comunicantes.
- ☐ Inúmeros fatores que interferem na expressão de dor e sua interpretação.
- ☐ Ausência de indicadores específicos de dor.
- ☐ Dificuldade em distinguir os vários tipos de dor.
- ☐ Existência de poucas escalas de heteroavaliação e insuficientemente estudadas.

Batalha (2013)

Ana Almeida

Fevereiro de 2019

10

Avaliação e Tratamento da Dor nas Pessoas com Demência: Principais Barreiras

Barreiras à avaliação e tratamento da dor nas pessoas com demência

- Falta de conhecimento
- Falta de formação e prática
- Falta de uso de guidelines e ferramentas de avaliação da dor
- Preocupações dos profissionais relativamente ao uso de analgesia
- Falta de investigação
- Mau diagnóstico dos sintomas
- Uso de drogas psicotrópicas
- Falta de recursos
- Atitudes e crenças

Formas de Ultrapassar

- Conhecer a pessoa com demência
- Uso de instrumentos de avaliação da dor e guidelines
- Formação profissional
- Desenvolvimento e implementação de abordagens padronizadas
- Investigação

Considerar a família um parceiro nos cuidados

Profissionais especializados nas estruturas residências e no acompanhamento domiciliário

Bruneau (2014)

Ana Almeida

Fevereiro de 2019

11

Avaliação da Dor nas Pessoas com Demência

Comportamentos não-verbais que deverão ser avaliados 2º a AGS

Expressões faciais

- Tristeza
- Cara assustada
- Testa enrugada
- Olhos fechados

Interações interpessoais

- Agressividade
- Resistência aos cuidados
- Diminuição das interações sociais

Verbalizações Vocalizações

- Suspirar
- Gemer
- Respiração ruidosa
- Pedir ajuda

Alterações nas rotinas diárias

- Recusa da alimentação
- Alterações do apetite
- Alterações do sono

Movimentos Corporais

- Postura corporal tensa e rígida
- Alterações na marcha ou mobilidade

Alterações do estado mental

- Choro
- Maior confusão
- Angústia
- Irritabilidade

AGS (2002)

Ana Almeida

Fevereiro de 2019

12

Avaliação da Dor nas Pessoas com Demência

PAINAD -
Pain Assessment in
Advanced
Dementia Scale

DOLOPLUS 2 –
Avaliação
Comportamental da
Dor na Pessoa Idosa

Ana Almeida

Fevereiro de 2019

13

PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia Scale

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal.	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa.	2
	Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-Stok</i> .	
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional.	1
	Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
	Relaxada.	0
Linguagem corporal	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos flectidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
	Sem necessidade de consolo.	0
Consolabilidade	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

Batalha (2012)

Ana Almeida

Fevereiro de 2019

14

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

DOLOPLUS 2

REPERCUSSÃO SOMÁTICA		
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2
	. queixas espontâneas contínuas	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1
	. posição antálgica permanente e eficaz	2
	. posição antálgica permanente e ineficaz	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3
4. Expressão facial	. mímica habitual	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3
5. Sono	. sono habitual	0
	. dificuldade em adormecer	1
	. despertar frequente (agitação motora)	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA		
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL		
8. Comunicação	. sem alteração	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos,...)	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2
	. Recusa de qualquer tipo de vida social	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3

DGS (2010)

Ana Almeida

COPYRIGHT
Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos - Fevereiro 2006 - Hironidina Guarda

PONTUAÇÃO

15

**CENTRO
MULTI
DISCIPLINAR
DE DOR**

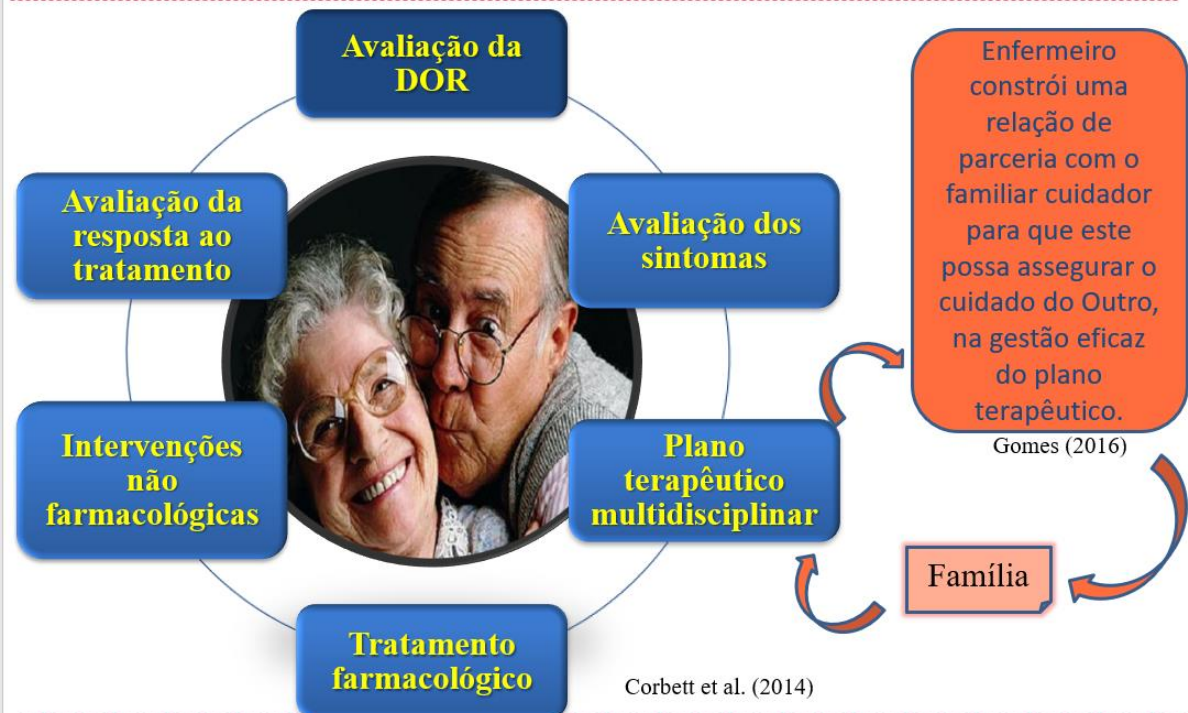
Impacto da Dor não tratada nas Pessoas com Demência

- ☐ Sofrimento e desconforto causados pela dor persistente.
- ☐ Impacto no prognóstico e bem-estar.
- ☐ Deterioração da capacidade física e cognitiva.
- ☐ Diminuição da qualidade de vida e diminuição da esperança de vida.
- ☐ Aumento do risco de quedas.
- ☐ Alterações do apetite.
- ☐ Distúrbios do sono.
- ☐ Agravamento dos comportamentos e sintomas associados à demência, em particular agitação e agressão.



Corbett et al. (2014)

Dor nas Pessoas com Demência



Ana Almeida

Fevereiro de 2019

17

Bibliografia

- Achterberg, W. P. et al. (2013). Pain management in patients with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1471-1482.
- Albuquerque, E.; Sá Esteves, P.; Cerejeira, J. (2016). Doença de Alzheimer. In Firmino, H.; Simões, M.R.; Cerejeira, J. (Coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp.309-320). Lisboa: Lidel.
- AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002). The management of persistent pain in older persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 50 (6), S205-S224.
- Batalha, L. et al. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, III (8), 7-16.
- Batalha, L. (2013). *Avaliar e Registrar a Dor no Doente Não Verbal: Avaliação da dor em adultos e idosos não comunicantes*. Acedido a : 16/06/18. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/10215872/>
- Bruneau, B. (2014). Barriers to the management of pain in dementia care. *Nursing Times*, 110 (28), 12-16.
- Corbett, A. et al. (2014). The importance of pain management in older people with dementia. *British Medical Bulletin*, 111, 139-148.
- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Nº 015/2010 de 14 de dezembro. Direcção-Geral da Saúde.
- Gomes (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Lisboa: Novas Edições Académicas.

Ana Almeida

Fevereiro de 2019

18

Bibliografia

- NICE (2018) Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. *NICE guideline*. Acedido a 03/07/2018. Disponível em: nice.org.uk/guidance/ng97
- Patterson, C. (2018) - World Alzheimer Report 2018 - The state of the art of dementia research: New frontiers. London; Alzheimer's Disease International
- OECD (2017) Health at a Glance 2017: *OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Acedido a 03/07/2018. Disponível em http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- Sá Esteves, P.; Albuquerque, E.; Cerejeira, J. (2016 a.). Demência Frontotemporal. In Firmino, H.; Simões, M.R.; Cerejeira, J. (Coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp.321-331). Lisboa: Lidel.
- Sá Esteves, P.; Albuquerque, E.; Cerejeira, J. (2016 b.). Demência com corpos de Lewy. In Firmino, H.; Simões, M.R.; Cerejeira, J. (Coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp.335-348). Lisboa: Lidel.
- Sá Esteves, P.; Albuquerque, E.; Cerejeira, J. (2016 c.). Demência Vascular. In Firmino, H.; Simões, M.R.; Cerejeira, J. (Coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp.349-360). Lisboa: Lidel
- Santana, I.; Duro, D. (2014). Envelhecimento cerebral e demência. In Verissimo, M.T. (Coord.), *Geriatría fundamental – Saber e Praticar* (pp. 159-178). Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2018). Aspetos clínicos da demência. In Sequeira, C. (Coord.), *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp. 104-114). Lisboa: Lidel

Ana Almeida

Fevereiro de 2019

19



Ana Almeida

Fevereiro de 2019

20

APÊNDICE XII

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA
REALIZAÇÃO DE PROJETO DE ESTÁGIO E TRABALHO DE
INVESTIGAÇÃO**

PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE ESTÁGIO E TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo. Presidente do Conselho de Administração do Hospital

Assunto: Pedido de autorização para a realização de projeto de estágio e trabalho de investigação denominado: *“Gestão da dor crónica da pessoa idosa e família num Centro Multidisciplinar de Dor: Intervenção de Enfermagem na consulta para a Promoção do Cuidado de Si”*.

Eu, Idalina Delfina Gomes, na qualidade de Investigadora principal do trabalho de investigação denominado *“Consulta telefónica na unidade de dor: Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa”*, que se encontra a decorrer no Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital _____ e quem tem a participação dos investigadores internos Enfermeira _____, Enfermeira Responsável do Centro Multidisciplinar de Dor, a Enfermeira _____ e a Diretora do Centro Multidisciplinar de Dor, Dra. _____ e investigador externo Professora _____, Investigadora da UI&DE, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a integração no trabalho acima referido, o qual está autorizado pela Comissão de Ética e pelo Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, da estudante Ana Almeida, que se encontra a frequentar o 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa sob minha orientação e da senhora enfermeira _____ (orientadora do local de estágio). A referida estudante irá desenvolver um projeto de estágio com trabalho de investigação, com o título *“Gestão da dor crónica da pessoa idosa e família num Centro Multidisciplinar de Dor: Intervenção de Enfermagem na consulta para a Promoção do Cuidado de Si”*, cuja finalidade é promover intervenções de enfermagem que melhorem a adesão da pessoa idosa com dor crónica e família ao plano terapêutico, promovendo o cuidado de Si.

Lisboa, 30 de Agosto de 2018
Idalina Delfina Gomes
Idalina Delfina Gomes

PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA

Exmo. Presidente da Comissão de Ética do Hospital

Assunto: Pedido de autorização para a realização de projeto de estágio e trabalho de investigação denominado: *“Gestão da dor crónica da pessoa idosa e família num Centro Multidisciplinar de Dor: Intervenção de Enfermagem na consulta para a Promoção do Cuidado de Si”*.

Eu, Idalina Delfina Gomes, na qualidade de Investigadora principal do trabalho de investigação denominado *“Consulta telefónica na unidade de dor: Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa”*, que se encontra a decorrer no Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital

, e quem tem a participação dos investigadores internos Enfermeira ,
Enfermeira Responsável do Centro Multidisciplinar de Dor, a Enfermeira ,
Professora , Investigadora da UI&DE e a Diretora do Centro Multidisciplinar de Dor, Dra.

, venho por este meio solicitar a integração no trabalho acima referido, o qual está autorizado pela Comissão de Ética e pelo Conselho de Administração do Hospital , da estudante Ana Almeida, que se encontra a frequentar o 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa sob minha orientação e da senhora enfermeira (orientadora do local de estágio). A referida estudante irá desenvolver um projeto de estágio com trabalho de investigação, com o título *“Gestão da dor crónica da pessoa idosa e família num Centro Multidisciplinar de Dor: Intervenção de Enfermagem na consulta para a Promoção do Cuidado de Si”*, cuja finalidade é promover intervenções de enfermagem que melhorem a adesão da pessoa idosa com dor crónica e família ao plano terapêutico, promovendo o cuidado de Si.

A realização deste estudo respeitará os princípios éticos e deontológicos, a confidencialidade e anonimato, assim como respeita o regulamento geral de proteção de dados que entrou em vigor a 25 de maio de 2018, bem como o cumprimento das normas internas do Hospital

O pedido de aceitação de participação será feito por escrito e a liberdade de participação assegurada. As publicações científicas que decorram deste estudo incluirão informação e dados adequadamente codificados, salvaguardando os princípios de beneficência e não maleficência.

Anexos:

- Resumo do projeto de Investigação
- Consentimento esclarecido aos participantes
- Guião das entrevistas à pessoa idosa com dor crónica a ao familiar cuidador
- Resumo Biográfico dos investigadores
- Projeto de estágio

Lisboa, 30 de Agosto de 2018

Idalina Delfina Gomes

Idalina Delfina Gomes

APÊNDICE XIII

**APRESENTAÇÃO DA DIVULGAÇÃO DO PROJETO À EQUIPA
MULTIDISCIPLINAR DO CMD**

Gestão da dor crónica da pessoa idosa e família num Centro Multidisciplinar de Dor: Intervenção de Enfermagem na consulta para a Promoção do Cuidado de Si



Discente:

Ana Almeida

Docente Orientadora:

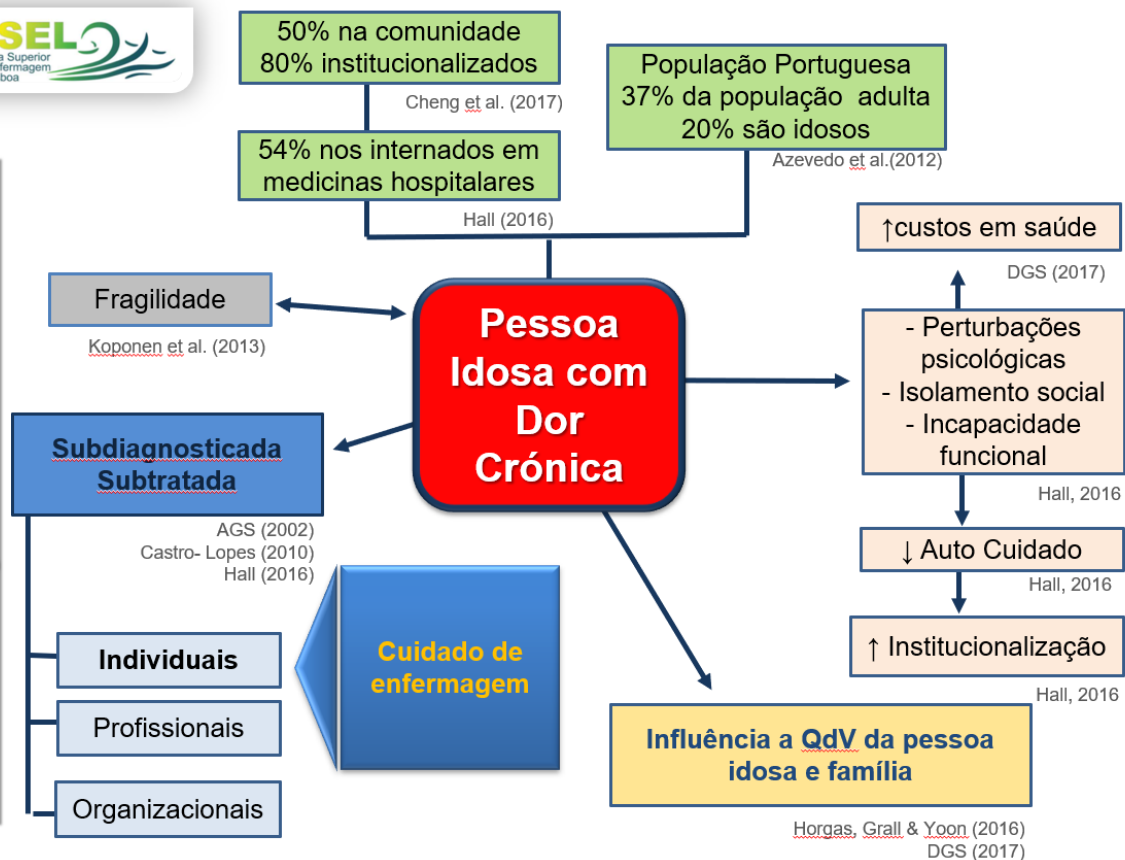
Prof. Dra. Idalina Gomes

Enfermeira Orientadora:

Enf.^a Madalena Mela

Outubro de 2018

JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO



JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

Componente Individuais



AGS (2002)
Castro- Lopes (2010)
Hall (2016)

3

OBJETIVOS do PROJETO

Projeto em curso no CMD HGO

**“Consulta Telefónica na
unidade de dor: promoção do
cuidado de Si à pessoa idosa
com dor crónica em casa”**

Identificar as
dificuldades
sentidas na
gestão do plano
terapêutico

Identificar
medidas de
intervenção para
diminuir as
dificuldades na
gestão do plano
terapêutico

4

Critérios de inclusão:

- Ter 65 anos ou mais
- Apresentar dor crónica
- Frequentar o CMD do HGO
- Não apresentem como antecedentes pessoais deficit cognitivo nem problemas de comunicação.

Colheita de dados:

- Pessoa idosa – Entrevista
- Processo clinico
- Inventário Resumido da Dor

Duração: Até 8 Fev. 2019

5

Consulta de Acolhimento (1ª Vez)

CT aos 15 dias

CT ao 1º mês

CT ao 2º mês

Entrevista presencial
ao 3º mês

- Que dificuldades tem sentido na gestão do plano terapêutico?
- Que estratégias utiliza para ultrapassar essas dificuldades?
- A quem recorre quando tem duvidas?
- Recorre à CT do CMD do HGO?
- De que forma a CT o ajudou?
- Como os profissionais de saúde do CMD do HGO o poderiam ajudar mais?

6

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002). The Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American geriatrics Society*. 50 (6), 205-224;
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L.; Dias, C.C. & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13 (8), 773-783. Disponível em: [http://www.jpain.org/article/S1526-5900\(12\)00664-5/abstract](http://www.jpain.org/article/S1526-5900(12)00664-5/abstract)
- Castro-Lopes, José, et al.(2010) *Pain Proposal – A Dor Crónica em Portugal*.
- Cheng, S., Chan, K. L., Lam, R. L., Mok, M. T., Chen, P. P., Chow, Y. F., & ... Tam, C. C. (2017). A multicomponent intervention for the management of chronic pain in older adults: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 528. Acedido em 16.06.2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=21&sid=f0d21b08-a8b8-4a1b-bb25-72c8487a8b84%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=29121961&db=mnh>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Hall, T. (2016). Management of persistent pain in older people. *Journal Of Pharmacy Practice & Research*, 46(1), 60-67. . Acedido em 16.06.2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=26&sid=f0d21b08-a8b8-4a1b-bb25-72c8487a8b84%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=114490249&db=rzh>
- Horgas, A. L., Grall, M. S. & Yoon, S. L. (2016). In M. Boltz, E. Capezuti, T. T. Fulmer, & D. Zwicker. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice (5th Ed.)*(pp. 263-282). New York: Springer Publishing Company.
- Koponen, M. H., Bell, J. S., Karttunen, N. M., Nykänen, I. A., Desplenter, F. M., & Hartikainen, S. A. (2013). Analgesic Use and Frailty among Community-Dwelling Older People. *Drugs & Aging*, 30(2), 129- 136. Acedido em 16.06.2018.

7



Obrigada pela Atenção

8

APÊNDICE XIV

**DADOS COLHIDOS DURANTE AS CONSULTAS PRESENCIAIS E
TELEFÓNICAS À PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA**

DADOS COLHIDOS DURANTE AS CONSULTAS PRESENCIAIS E TELEFÓNICAS À PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA

Foram seguidas, em CT programada, 13 pessoas idosas com idade média de 70 anos, das quais nove são mulheres e um tem nacionalidade estrangeira; doze dos participantes têm o 1º Ciclo de escolaridade e um tem o ensino secundário. Todos são reformados da sua atividade profissional. Relativamente ao estado civil, cinco são casados, cinco viúvos, dois divorciados e um solteiro. Dos 13 participantes, 10 vivem com os seus cônjuges e/ou filhos. Os restantes vivem sozinhos, sendo que dois deles referem não ter qualquer tipo de apoio/rede familiar disponível. Para chegarem até à consulta no CMD, nove foram referenciados pela consulta externa do hospital e, os restantes, pelos cuidados de saúde primários. Apesar de todos terem em comum padecerem de dor crónica, os seus diagnósticos eram muito variáveis, como podemos observar no quadro seguinte.

QUADRO – DIAGNÓSTICO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

DIAGNÓSTICO	Nº de Participantes que padecem do diagnóstico
FBSS (fail back surgery syndrome)	1
Fibromialgia	2
Dor por úlcera venosa	1
Dor abdominal por adc gástrico estágio iv metastização hepática, pulmonar e baço	1
Coxartrose marcada à dta	1
Hiperalgia na região dos nervos l2 e nervo obturado pós-herpetica. contratura do quadrante lombar	1
Dor incapacitante desde a fie até à região inguinal com irradiação para o mi + pélvica e hipogástrica, por neoplasia vesical com metastização ganglionar condicionando compressão com linfoedema associado	1
Sacroileite dta + síndrome miofascial quadrado lombar dto	1
Dor na face lateral da perna esq	1
Dor nevralgia do MIE	1
Espondilodiscartose lombar; coxartrose com indicação para PTA; gonartrose grau II	1
Neuropatia diabética dolorosa periférica	1

Todos os participantes apresentavam várias comorbilidades (média seis patologias associadas), eram polimedicados (média oito medicamentos) e, referiam fazer medicação analgésica, que não era eficaz, e apenas dois afirmaram utilizar medidas não farmacológicas para o alívio da dor.

Aos 13 participantes foi questionado quem geria o plano terapêutico e apenas duas das pessoas idosas referiram que o faziam em conjunto com o familiar cuidador.

Após consulta de enfermagem e consulta médica do CMD, a todas as pessoas idosas foi prescrita medicação de base para o alívio da dor. A referir que apenas num dos casos não

foi prescrita medicação de resgate. A seis pessoas idosas, para além do regime medicamentoso, foram indicados outros tratamentos, como por exemplo, a diatermia e infiltração eco guiada. Aos 13 participantes foram fornecidas recomendações, fossem para alívio da dor através de medidas não farmacológicas (aplicação de calor húmido ou gelo, hidroginástica) ou para prevenção e/ou tratamento dos efeitos secundários da medicação instituída para o alívio da dor (como por exemplo prevenção de náuseas ou obstipação). Apenas uma pessoa idosa não ficou com consulta de seguimento no CMD marcada, pois teria antes que ser observada pela especialidade de neurocirurgia primeiro.

Após a consulta de acolhimento, foram realizadas 40 CT^o programadas, com uma média de tempo de 14 minutos.

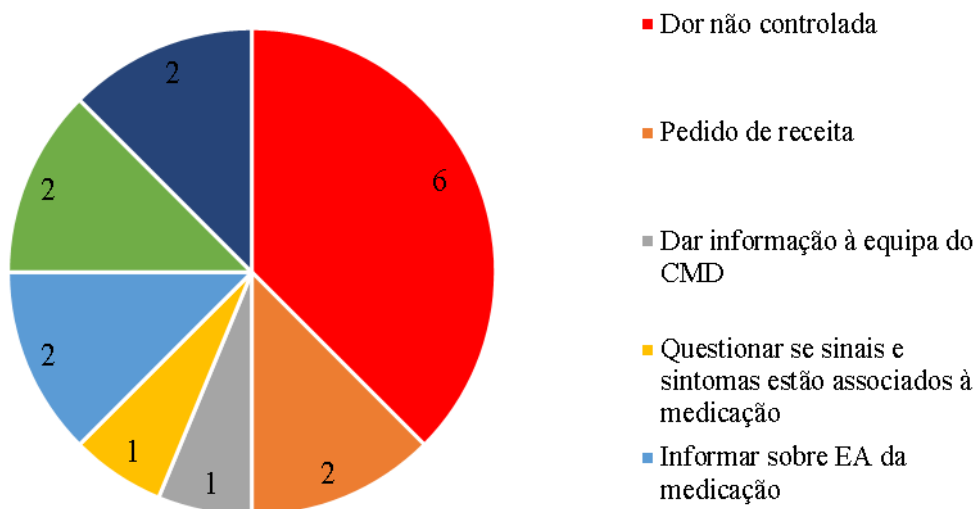
O quadro seguinte apresenta, de forma sucinta, a informação colhida relativa ao controlo da dor durante as três CT programadas realizadas. E ao longo dos dois meses de seguimento da pessoa idosa com dor crónica através das CT programadas, estas referem ter a sua dor controlada ou pelo menos uma diminuição de intensidade da dor.

QUADRO – CONTROLO DA DOR DURANTE AS CT PROGRAMADAS

Participantes referem	1ª CT (15 dias)	2ª CT (1º mês)	3ª CT (2º mês)
Dor controlada	Sim – 8	Sim - 7	Sim - 6
	Não - 5	Não - 6	Não - 7
Diminuição da intensidade de dor	Sim – 8	Sim - 10	Sim - 10
	Não - 5	Não - 3	Não - 3

Ao longo dos três meses após a 1ª consulta presencial no CMD, foram recebidas 14 chamadas das pessoas idosas e familiares cuidadores dos participantes do estudo, sendo o maior motivo de contacto, a dor não controlada, como podemos verificar no gráfico seguinte.

Gráfico – Motivos dos contatos dos participantes para o CMD



Nas CT programadas, para além da validação do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica, questionou-se sobre quais as suas maiores preocupações e se a CT programada tinha sido importante e porquê. Nos quadros seguintes apresentam-se as categorias e subcategorias que emergiram das respostas dos participantes.

Quadro - Principais Preocupações apresentadas pela pessoa idosa durante o acompanhamento nas CT programadas	
Categoria	Subcategoria
Dor	Receio que dor volte “Tenho medo que as dores voltem” D2
	Dor mantida “Manter esta dor horrorosa” D9
	Apresenta dor noutros locais “Dores nas costas, e o meu pé. Estou satisfeita com a minha perninha que não me dói” D12
	Não ter recuperação clínica “Tenho falta de força na perna ao sentar piora a dor, se calhar vou ficar sempre assim!” D9
	Interferência da dor nas AVID Não conseguir fazer a lida de casa “Não conseguir fazer as coisas em casa” D3
Interferência da dor nas AVD	Não conseguir dormir “Não durmo, não descanso o suficiente.” D14
	Não consegue estar de pé “Não poder estar de pé” D12
Sentimento de inutilidade	O familiar cuidador impede a pessoa idosa de realizar atividades domésticas. “Eu não faço nada, o meu filho não me deixa fazer nada.” D4
	Não quer passar a vida deitada, para que não sinta dor “Deitada não me dói nada. Mas passar a vida assim não é vida!” D9
Ansiedade	Ansiedade pela opinião do especialista de ortopedia “Estou ansiosa com a consulta de ortopedia” D6
	Dor leva à impaciência “Tirar isto e estar boa, pelo menos não me doer. Isto faz perder a paciência.” D4
Solidão	Estar sozinha “Não tenho QdV nenhuma, estou sozinha (muito chorosa)” D7
Sentimento de incerteza.	Não saber o que vai ser da sua vida “Tenho medo de um dia querer andar e não conseguir. Não sei o que vai ser da minha vida (...) estou desorientada da minha vida. Nasci para sofrer!” D7
Medo dos EA da medicação	Incumprimento do regime medicamentoso “Posso fazer nolutil se tiver dor? Devido ao que se falou no noticiário” D5
Presença de comorbilidades	Sinais e sintomas das comorbilidades “Sinto-me cansado. Faço qualquer coisa e fico cansado” D10

Como podemos verificar as preocupações reveladas na CT programada estão inseridas em 9 categorias. Uma das categorias é a dor, seja porque está mantida, por receio que volte ou porque, e como é comum na pessoa idosa, está presente em outros locais. Da mesma forma também foram destacadas como preocupações da pessoa idosa a interferência da dor nas suas AVD e nas AVID, não conseguindo dormir ou fazer a lida da casa. A dor também provoca sentimentos de inutilidade, ansiedade, solidão e de incerteza, preocupando a pessoa idosa com dor crónica. As últimas 2 categoria encontradas dizem respeito ao medo relativo aos EA da

medicação, levando ao incumprimento do regime medicamentoso, e aos sinais e sintomas sentidos devido à presença de comorbilidades.

Quadro – Qual a Importância da CT programada	
Categoria	Subcategoria
Orientação	Esclarecimento de dúvidas “É sempre importante. explicam tudo fico informada e esclarecida” D12
	Aconselhamento “Já me aconselhou” D10
Abertura na comunicação da enfermeira	A enfermeira compreende a dor da pessoa idosa “As vezes as pessoas não são compreendidas. Falar consigo tem me ajudado bastante.” D3
	Capacidade de escuta da enfermeira “Sim sempre me vai ouvindo” D4
	Estabelecimento de relação de confiança “É bom para desabafar. Aqui em casa não falo com o meu filho. Nem transmito sequer um ar que tenha dor. Não o quero preocupar” D6
	A enfermeira demonstra interesse pelo estado da pessoa idosa “Sim foi porque ao menos tenho alguém que se interessa como estou.” D7
Prevenir isolamento	A CT programada faz a pessoa idosa não se sentir sozinha “É sempre importante falar nem que seja um bocadinho seja do que for. É sempre melhor do que estar sozinha” D7
Proporciona conforto e bem-estar	A enfermeira com a CT programada faz a pessoa idosa sentir-se melhor. “Foi melhor que um comprimido. Até deu para aliviar a minha dor.” D8 “É então. Estamos a aliviar o espírito.” D14



À questão qual a importância das CT programadas, as respostas apresentadas pelas pessoas idosas agruparam-se em 4 categorias. Uma das categorias refere que a CT programada é importante porque lhe fornece orientação, esclarecendo dúvidas e aconselhando. Também é importante porque através da abertura na comunicação da enfermeira conseguem estabelecer uma relação de confiança, têm quem os escute e compreenda a sua dor, mostrando interesse pela pessoa idosa. É igualmente referido que previne o isolamento e proporciona conforto e bem-estar.

Nota: as pessoas idosas seguidas em CT programadas foi-lhe atribuído um código de D1 a D15.

APÊNDICE XV

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ENTREVISTA FINAL		
Objetivos	Procedimentos/Questões	Respostas
Introdução da entrevista	<input type="checkbox"/> Saudação <input type="checkbox"/> Identificação da enfermeira <input type="checkbox"/> Identificação do doente _____ <input type="checkbox"/> Informar acerca dos objetivos da entrevista <input type="checkbox"/> Garantir o anonimato e confidencialidade dos dados <input type="checkbox"/> Solicitar autorização para gravação áudio da entrevista <input type="checkbox"/> Solicitar a assinatura escrita do consentimento informado <input type="checkbox"/> Disponibilizar para o esclarecimento de qualquer dúvida	
	MMSE	
	Inventário Resumido da Dor 1. Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona onde lhe dói mais.	
Identificar a avaliação que a pessoa idosa faz da sua dor	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>Frete</p> <p>Direita Esquerda</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>Trás</p> <p>Esquerda Direita</p>  </div> </div>	

<p>Identificar a avaliação que a pessoa idosa faz da sua dor</p>	<p>2. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu máximo durante a última semana</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Sem dor A pior dor que se pode imaginar</p>																								
	<p>3. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu mínimo durante a última semana</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Sem dor A pior dor que se pode imaginar</p>																								
	<p>4. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor em média</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Sem dor A pior dor que se pode imaginar</p>																								
	<p>5. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor neste preciso momento</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Sem dor A pior dor que se pode imaginar</p>																								
	<p>6. Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Tratamentos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Medicação	Tratamentos																						
	Medicação	Tratamentos																							
<p>7. Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio que sentiu.</p> <p>0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%</p> <p>Nenhum alívio Alívio completo</p>																									

Identificar a avaliação que a pessoa idosa faz da sua dor	8. Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:			
	a) Atividade geral 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não Interferiu completamente Interferiu			
	b) Disposição 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não Interferiu completamente Interferiu			
	c) Capacidade de andar a pé 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não Interferiu completamente Interferiu			
	d) Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não Interferiu completamente Interferiu			
e) Relações com as outras pessoas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não Interferiu completamente Interferiu				
f) Sono 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não Interferiu completamente Interferiu				
g) Prazer de viver 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não Interferiu completamente Interferiu				
Fatores de exacerbação				
- Descritores dor nociceptiva	<input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> Latejante	<input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Dolorosa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Observações:	
- Descritores dor neuropática	<input type="checkbox"/> Dormência <input type="checkbox"/> Picadas <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Compressão <input type="checkbox"/> Guinada <input type="checkbox"/> Frio doloroso	<input type="checkbox"/> Formigueiro <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Aperto <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/>		

Identificar o impacto da dor crónica no cuidado a si próprio e no seu projeto de vida e saúde	<p>Como a sua dor interfere na sua capacidade de cuidar de si próprio?</p> <p>Como a sua dor interfere naquilo que gostaria de fazer na sua vida?</p>												
Explorar as dificuldades na gestão do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica	<p>Que dificuldades tem sentido na gestão do plano terapêutico?</p> <p>Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos?</p> <p>Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos?</p> <p>Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua dor por se sentir melhor?</p> <p>Alguma vez tomou mais medicamentos que aqueles que foram recomendados por ter mais dor?</p> <p>Alguma vez deixou de tomar a medicação por ter deixado acabar a medicação?</p> <p>Alguma vez não fez os tratamentos recomendados?</p> <p>Alguma vez não fez as recomendações fornecidas?</p> <p>Que estratégias utiliza para ultrapassar essas dificuldades?</p> <table border="1" data-bbox="411 1263 1444 1330"> <tr> <td>Como</td><td>Quando</td><td>Porquê</td><td>Para quê</td></tr> </table> <p>A quem recorre quando tem dúvidas?</p> <table border="1" data-bbox="411 1375 1444 1420"> <tr> <td>Como</td><td>Quando</td><td>Porquê</td><td>Para quê</td></tr> </table>	Como	Quando	Porquê	Para quê	Como	Quando	Porquê	Para quê				
Como	Quando	Porquê	Para quê										
Como	Quando	Porquê	Para quê										
Explorar como a consulta telefónica intervém nas dificuldades referidas	<p>Recorre à consulta telefónica do CMD do HGO?</p> <table border="1" data-bbox="411 1487 1444 1532"> <tr> <td>Como</td><td>Quando</td><td>Porquê</td><td>Para quê</td></tr> </table> <p>De que forma a consulta telefónica do CMD do HGO o ajuda a cuidar melhor de si?</p> <table border="1" data-bbox="411 1576 1444 1621"> <tr> <td>Como</td><td>Quando</td><td>Porquê</td><td>Para quê</td></tr> </table> <p>Como os profissionais de saúde do CMD do HGO o poderiam ajudar mais?</p> <table border="1" data-bbox="411 1666 1444 1711"> <tr> <td>Como</td><td>Quando</td><td>Porquê</td><td>Para quê</td></tr> </table>	Como	Quando	Porquê	Para quê	Como	Quando	Porquê	Para quê	Como	Quando	Porquê	Para quê
Como	Quando	Porquê	Para quê										
Como	Quando	Porquê	Para quê										
Como	Quando	Porquê	Para quê										
Finalização da entrevista	<p><input type="checkbox"/> Agradecer pela colaboração</p>												

APÊNDICE XVI

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA
PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA
PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

Título do estudo: *“Gestão da dor crónica da pessoa idosa e família num Centro Multidisciplinar de Dor: Intervenção de Enfermagem na consulta para a Promoção do Cuidado de Si”*

Enquadramento: Este estudo enquadra-se no âmbito académico para obtenção de grau de mestrado em enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, orientado pela Sra. Dra. Prof. Idalina Gomes. O estudo encontrando-se incluído num estudo em vigor do Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital

Explicação do estudo: Será realizado uma entrevista num local a determinar pelo doente, com tempo previsto de demora de 1 hora, com gravação áudio. Os participantes serão a pessoa com 65 anos ou mais com dor crónica e, se possível, seu familiar cuidador.

Confidencialidade e anonimato: Será garantida a confidencialidade e anonimato das gravações assim como de toda a informação obtida. As informações obtidas (respostas) serão tratadas de forma confidencial, ao abrigo do regulamento geral de proteção de dados que entrou em vigor a 25 de maio de 2018. Como a sua colaboração é de carácter voluntário, pode em qualquer momento negar o seu consentimento.

Riscos: Não existem riscos físicos ou outros riscos conhecidos para os que participarem neste projeto. Não são utilizadas técnicas invasivas.

Benefícios: os participantes neste projeto recebem acompanhamento telefónico de enfermagem no que diz respeito à gestão da dor crónica no sentido de obter melhor bem-estar.

Agradeço a sua colaboração,

Ana Margarida Pereira Costa de Almeida, aluna do 9º Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura/s de quem pede consentimento:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assinaram. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

APÊNDICE XVII

REFLEXÃO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS NO DOMICÍLIO

REFLEXÃO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS NO DOMICÍLIO

Das 11 entrevistas realizadas, 4 decorreram no domicílio da pessoa idosa, o que permitiu vê-la no contexto domiciliário e avaliar as condições do próprio domicílio. As condições encontradas eram díspares, assim como a maneira como as pessoas idosas cuidavam das suas casas.

Na entrevista (E2), a casa era antiga, com acessos tortuosos, e, mesmo dentro de casa, para aceder a qualquer divisão, havia pequenos degraus, o que poderia condicionar a mobilidade, numa possível dependência. Mas o interessante nesta casa foi a forma como a Sra. A. a adaptou para lhe proporcionar o alívio da sua dor. Referia que, desde muito nova, sofria de várias dores (diagnóstico de fibromialgia) e que foi aprendendo a viver da melhor forma, a investir na sua casa para ter o melhor conforto. A casa encontrava-se limpa (tinha empregada que semanalmente lhe fazia as limpezas), aquecida, e, no quarto, tinha cama articulada e dormia em cima de lençóis de lã merino, isto para se manter sempre quente, pois referia que o frio lhe aumentava a intensidade das dores. Toda a estima pela sua casa, pela forma como a adaptou às suas necessidades, e até as terapias não convencionais e as medidas não farmacológicas a que recorria para alívio da sua dor eram referidas com orgulho por ser capaz de cuidar de si. Apesar de dizer, *“mas é claro que quando estou pior recorro ao CMD”*, até este fator é positivo, pois sabe que os profissionais de saúde do CMD, especificamente as enfermeiras, são um recurso para ultrapassar uma fase de crise. A forma como adaptou o seu projeto de vida e saúde perante uma fase de transição saúde/doença, permitiu que fosse capaz de cuidar de Si (Gomes, 2016).

A tristeza no olhar surgiu quando referiu que o seu marido era uma das pessoas que não acreditava na sua dor, e é com ele que vive naquela casa. O marido devia constituir-se como apoio, mas o que transpareceu foi que a Sra. A. não o tinha nessa conta, ou pelo menos não face às suas crises de dor. Nas consultas em que foi ao CMD e nos tratamentos que realizou em Hospital Dia, nunca tinha referido esta “tristeza”. Provavelmente não foi dado espaço e tempo para que a Sra. A. estabelecesse uma relação de confiança, para confidenciar esta sua preocupação/tristeza e que permitisse, em conjunto, em parceria, capacitar a pessoa idosa para a resolução deste problema, implicando a colaboração da família, neste caso do seu marido (Gomes, 2016). Como nos diz Wright & Leahey (2015, p. 275) a *“arte de ouvir também é de extrema importância. A necessidade de comunicar o que é viver em nossos mundos individuais e separados de experiência, particularmente dentro do mundo da doença, é uma poderosa necessidade nas relações humanas.”*

Numa outra entrevista, com o Sr. M. (E10), foi bastante interessante perceber as estratégias que este utilizava para os seus dias ocupados, “*não posso fazer tudo num dia, se não no outro não tenho*”. Com orgulho, mostra a casa, que era fria, mas na zona onde estava a sua esposa (dependente, o Sr. M. era o seu cuidador) estava aquecida por um aquecedor. Esta é uma situação em que temos uma pessoa idosa doente a cuidar do seu cônjuge, também idoso, mas ainda mais dependente. E, lembrando o que nos diz Sequeira (2018b), este é um fator que pode condicionar a eficácia da gestão do plano terapêutico. Efetivamente, o Sr. M., a nível do regime medicamentoso, apresentava algumas falhas. No que respeita a casa, foca-se especialmente no exterior: mostra a horta, a sua “oficina” e a zona onde tem os animais. Mas o Sr. M. refere que todos os trabalhos mais pesados, ou arriscados, já não é ele que faz, contrata alguém ou tem máquinas que o possam fazer, mostrando, assim, como aprendeu a cuidar de si. Diz que todos os dias, de manhã, anda de bicicleta ou faz caminhadas, revelando como vai envelhecendo de forma ativa. Seria importante o enfermeiro perceber o grau de dificuldade/gestão/exaustão do cuidador e articular medidas de apoio para os cuidados da esposa, assim como, ir ao encontro das rotinas da pessoa idosa para, em parceria, estabelecer a melhor estratégia de gestão do plano terapêutico.

Nas outras duas entrevistas mantinha-se a dificuldade no acesso, ambas viviam em prédios, no R/C, mas com degraus para aceder à porta de entrada de casa. Um deles, num prédio aparentemente novo, numa cidade. O que nos remete para o fato de haver ainda pouca sensibilização, na parte urbanística, para o acesso de pessoas dependentes ou, simplesmente, com menores capacidades de locomoção.

A casa da Sra. F. (E4) não era sua, vivia com o filho, na casa deste. Mas, segundo referiu, encontra-se em litígio por questão de separação de bens (filho divorciado), justificando, assim, o facto de a casa estar “malcuidada”, mas encontrava-se limpa e arrumada. Apenas consegue estar no R/C da casa pois, para ir para o 1º andar, tinha que subir dois lances de escadas e não o consegue fazer, não pela dor na sua perna, mas pela dificuldade em andar desde que teve o AVC. Como já referimos, a dor pode ser acompanhada de várias comorbilidades, o que dificulta a realização das AVD e um envelhecimento ativo e saudável (Matos et al., 2016). Neste caso específico, a Sra. F. diz que se levanta às 5h para fazer a higiene, demorando cerca de duas horas, para que às 7h, antes do seu filho sair, este lhe calce as meias e os sapatos. Esta dependência do seu filho, potenciada também por este, por não deixar a Sra. F. realizar tarefas de casa mais simples, como descascar batatas, fomenta um sentimento de inutilidade, a senhora sente-se, até, “um peso” na vida do filho. Pode-se estar perante uma situação de hiperprotecção ou, no sentido oposto, de subvalorização. Seria aqui

importante a gestão destes possíveis conflitos, ou ideias erróneas, constituindo-se o enfermeiro como agente facilitador deste processo, aconselhando, informando e reforçando sempre que observasse as condutas desejáveis para um envelhecimento ativo e saudável (Gomes, 2016). Segundo Wright & Leahey (2015, p. 280) *“a maioria das famílias que enfrentam doença, incapacidade ou trauma também sofre de “distúrbio de deficit de elogios”. Portanto, as enfermeiras nunca correrão o risco de elogiar em excesso”*. Através do elogio dos recursos, competências e dos pontos fortes das famílias, a enfermeira faz com que as pessoas tenham uma nova visão de si, e, ao mudar a visão, promove-se a adaptação da própria família ao problema de saúde e, consequentemente, a procura de soluções mais eficazes para reduzir qualquer sofrimento potencial ou real (Wright & Leahey, 2015).

A casa da Sra. N. (E9) era alugada, e só aí nos explicou porque não poderia fazer a hidroterapia, pois metade da sua reforma (cerca de 400 €) era para a renda da casa, onde vivia sozinha com o seu cão, a sua única companhia. Referiu que era difícil gerir o restante dinheiro para todas as outras despesas, inclusive a medicação. A casa apresentava-se bem arranjada, limpa e cuidada, mas estava fria. Após os tratamentos invasivos para o alívio da sua dor, que referia terem tido efeito na altura, teve uma queda e, como consequência, uma fratura do pé, condicionando a sua mobilidade e agravando a sua dor inicial (por ter que se apoiar para se deslocar nas canadianas). Este fator condicionava a sua vida social pois referia que se assim não fosse sempre se ia distrair e dançar para o baile e conviver com as suas vizinhas.

De forma geral, constata-se que, nos dois primeiros casos, os domicílios encontravam-se mais adaptados à pessoa idosa, para promover melhor conforto e um envelhecimento ativo e saudável, provavelmente devido a questões económicas mais facilitadas.

Estas entrevistas no domicílio proporcionaram à pessoa idosa um momento de partilha, sustentado numa relação de confiança, construída em três meses, e alicerçada nas CT programadas. Reconheceram o interesse por parte da enfermeira pela pessoa idosa, pela sua dor e pelas suas preocupações. A entrevista era semiestruturada, e, nestes casos em especial, havia a necessidade de recentrar a entrevista para o objetivo da mesma, pois a pessoa idosa gostava de partilhar os momentos da sua vida, a sua história de vida, de que fazia parte a história da sua dor.

Em quase todos os 11 entrevistados, a “despedida” foi sentida com pesar. Mas aqui foi importante para nós estabelecer a ponte entre os cuidados prestados por nós até então e a continuação dos mesmos, de forma tão ou mais eficiente pelas exímias enfermeiras que o CMD possui.

É necessário que os enfermeiros percebam que, tal como não se tratam crianças como adultos, também se deve ter um tratamento diferenciado com as pessoas idosas. Estas têm características próprias, que devemos aceitar. Só centrando os cuidados na pessoa idosa, desmistificando mitos, preconceitos e estereótipos é que se consegue ver as suas potencialidades, e, em processo de parceria, capacitá-las para deixarem de serem potenciais capacidades e passarem a capacidades reais (Gomes, 2016).

Claro que esta acuidade na perceção dos problemas e a forma como se fala com a pessoa idosa requer perícia e um saber fundamentado na evidência, que nos traz o enfermeiro especialista e mestre nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gomes (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Lisboa: Novas Edições Académicas.
- Matos, M., Bernardes, S. F., & Goubert, L. (2016). The relationship between perceived promotion of autonomy/dependence and pain-related disability in older adults with chronic pain: the mediating role of self-reported physical functioning. *Journal Of Behavioral Medicine*, 39(4), 704-715. . Acedido em 16.06.2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=23&sid=f0d21b08-a8b8-4a1b-bb25-72c8487a8b84%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=26922802&db=mnh>
- Sequeira, C. (2018 b). Contextualização do envelhecimento. In C. Sequeira (Coord.), *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp. 6-17). Lisboa: Lidel.
- Wright, L.M., Leahey M. (2015). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. 5ª edição. São Paulo: Roca.
-

APÊNDICE XVIII

**QUADROS DA ANÁLISE DE CONTEUDO DAS QUESTÕES DA
ENTREVISTA À PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA**

QUADROS DA ANÁLISE DE CONTEUDO DAS QUESTÕES DA ENTREVISTA À PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA

Seguidamente apresentamos o quadro e a análise de conteúdo quanto à questão como a dor crónica interfere na sua capacidade de cuidar de Si. Desta análise emergiram 12 categorias estão esquematizadas no quadro que se segue, mas achamos relevante fazer uma exposição das mesmas, vindo essa exposição após a apresentação do quadro.

Quadro 9 – Como a dor crónica interfere na capacidade de a pessoa idosa cuidar de si	
Categoria	Subcategoria
Interferência nas ABVD's	Não dormir bem.
	Não conseguir movimentar-se normalmente.
	Ter dificuldade em se vestir.
	Não conseguir cortar as unhas dos pés.
Interferência nas AIVD's	A pessoa idosa demora mais tempo a realizar as atividades domésticas
	Faz a lida doméstica aos poucos.
Dor leva ao desespero	Dor horrível, tipo queimadura, que paralisa.
	Chorar.
	Desejo de morrer.
A dor gera ansiedade	A dor provoca mal-estar e nervosismo.
	Dor provoca muita angústia
Dor leva a alterações de humor	A pessoa idosa irrita-se por demorar mais tempo a realizar as atividades.
	A dor faz com que a pessoa idosa fique mal-humorada.
	A dor leva a não ter paciência.
	A dor faz com que a pessoa idosa fique triste
	A dor desmotiva.
	Faz questionar o sentido da sua vida
A dor leva a deixar de fazer o que gosta	Deixar de ir ao baile.
A dor leva ao isolamento	A pessoa idosa não tem grandes conversas e isola-se.
Crenças	Associar a dor a um castigo divino.
Vivências traumáticas	Recusa utilizar canadianas para apoio na marcha, por trauma.
Sentimento de inutilidade por parte da pessoa idosa	Não consegue realizar as atividades de limpeza da sua casa.
	O familiar cuidador impede a pessoa idosa de realizar atividades domésticas que considere de risco.
Presença de comorbilidades	Precisar de ajuda para realização das AVD.
	Sentir cansaço ao andar.
	Andar de canadianas por ter partido um pé.
	Intolerante e sem paciência
	Não saber se o tratamento vai melhorar a sua situação clínica faz viver na dúvida.
Aprende a Cuidar de Si	Adequar o ambiente físico da casa.
	Deixar de fazer o trabalho de risco.
	Utilizar máquinas para fazer os trabalhos mais pesados.

Quadro 9 – Como a dor crónica interfere na capacidade de a pessoa idosa cuidar de si

Categoria	Subcategoria
Aprende a Cuidar de Si	Manter-se ocupado durante o dia para se sentir bem.
	Andar de bicicleta ou caminhar.
	Recorrer à terapêutica prescrita em SOS para os efeitos secundários da quimioterapia
	Ter um seguro de saúde.

Após a análise das respostas à questão como a dor interfere na sua capacidade de cuidar de Si, uma das categorias que emergiu foi a interferência nas ABVD. Desta categoria sobressaíram quatro subcategorias. A primeira diz respeito ao facto de a pessoa idosa, pela sua dor, não dormir bem, interferindo numa ABVD, o dormir, fundamental para o bem-estar da pessoa idosa. Evidencia-se esta subcategoria através da seguinte frase significativa, “Às vezes até estou a dormir e acordo com isso E4”. Outra subcategoria que emergiu foi não conseguir movimentar-se normalmente, afetando a ABVD mover-se, interferindo no seu grau de dependência de terceiros, ilustra-se através da seguinte frase significativa, “Levanto-me e tenho imensa dificuldade. Quando me levanto começo eu...a andar...coxa, coxa, coxa, dor, dor, dor E6”. De igual forma apresenta-se como subcategoria a pessoa idosa ter dificuldade em se vestir, havendo aqui interferência na ABVD vestir-se e despir-se, condicionando novamente o grau de dependência da pessoa idosa, como vemos no excerto seguinte de uma das entrevistas dos participantes “Tenho imensa dificuldade em me calçar (...). Então agora é impossível, mesmo que eu queira, não chego aos pés. E6”. A última subcategoria diz respeito ao facto da pessoa idosa, devido à sua dor, não conseguir cortar as unhas dos pés, interferindo aqui mais uma vez com as ABVD, especificamente da higiene e conforto, e novamente interferindo no grau de dependência de terceiros, como se verifica pela seguinte frase significativa, “porque tenho imensa dificuldade, tenho dor quando levanto a perna, dor! (...) Eu não chego aos pés para cortar as minhas unhas, tenho que ir arranjar os pés. E6”.

A interferência nas AIVD elevou-se como outra categoria, emergindo, desta, duas subcategorias. A primeira refere-se à pessoa idosa demorar mais tempo a realizar as atividades domésticas, porque apresenta dor, como nos demonstra o seguinte excerto,

E eu aqui há bastante tempo atrás eu estava se fosse preciso uma ou duas horas sentadinha e conseguia ter as minhas coisas de casa, os mínimos que eu faço, todos organizados a tempo e horas e agora não. Cada vez acabo as coisas mais tarde, porque demoro mais tempo a chegar, a fazer. E6

A segunda subcategoria, faz a lida doméstica aos poucos, diz respeito ao facto de a pessoa idosa ter de fazer a sua lida doméstica conforme a intensidade da sua dor, como podemos ver através da seguinte frase significativa, “Por exemplo engomar. Doí-me as pernas, doí-me as

costas, deixo. E é assim. É a lida de casa. Estou a fazer esta limpeza, não me sinto bem, deixo. E1”.

A dor crónica também interfere com a capacidade de a pessoa idosa cuidar de Si a nível emocional, a dor leva ao desespero, surgiu como categoria, e dela emergiram três subcategorias. Uma delas refere-se à dor horrível, tipo queimadura, que paralisa, demonstrando o desespero que a dor traz a pessoa idosa, como se pode ver pela seguinte frase significativa “às vezes até chorava com a dor. Parece que tinha fogo. É uma dor horrível. Dor de a gente chorar e não saber que volta é que há-de dar. E2”. Outra subcategoria reporta-se ao facto de a pessoa idosa, quando sente dor em intensidade elevada, é levada a chorar, como se verifica através da seguinte frase significativa, “quando a dor é muita é que eu farto me de chorar E9”. A terceira subcategoria, o desejo de morrer, revela bem que a dor leva a pessoa ao desespero, a desistir de viver, como se verifica nas seguintes frases significativas, “Desejei muitas vezes a morte, a mim. E2” e “É, que o dia passe e eu passe para outra banda, porque... sinto-me irritada, porque sinto que não merecia ter esta chatice de ter estas dores permanentes, mas há quem tenha bem piores e pronto E6”.

Elevou-se outra categoria, a dor gera ansiedade, em que emergiram duas subcategorias, uma que refere que a dor provoca mal-estar e nervosismo à pessoa idosa, observa-se na seguinte frase significativa, “É aquela dor moinha, moinha, moinha, que dá mau estar, uma sensação de não se estar bem, de nervoso E6”. A outra subcategoria refere-se à dor provocar muita angústia à pessoa idosa, dá-se, como exemplo, a seguinte frase significativa, “Ah é muito, é muito! (...) A ansiedade era tanta que eu tive que... que eu tomei um coiso para... (...) Isso é muito mau isso. É uma angústia muito grande... E11”

Do mesmo modo, se apresenta como categoria, a dor leva a alterações de humor da pessoa idosa, interferindo assim a dor na capacidade de a pessoa idosa cuidar de Si. Desta categoria emergiram seis subcategorias, uma delas diz respeito ao facto de a pessoa idosa irritar-se por demorar mais tempo a realizar as atividades, pois vê-se condicionada pelo facto de sentir dor incapacitante, como se observa na seguinte frase significativa, “Isso irrita-me! Eu era uma pessoa muito ativa e andava tudo aquilo num virote e agora vejo-me limitada, claro que isso mexe muito com o meu sistema nervosos. E6”. Do mesmo modo, a dor faz com que a pessoa idosa fique mal-humorada, e por isso leva-a a irritar-se com maior facilidade, interferindo nas suas relações familiares, como revela, p. ex., o excerto de uma das entrevistas de um participante,

Porque eu não sou assim. Sinto que não sou assim. Sei que não sou assim. Irrito-me com coisinhas que não têm grande importância. (...) Eu acho que é porque não estou bem. Não estou bem, não

me sinto bem. Tenho sempre estas dores, este mal-estar permanente, não estou bem, então olha, coitadinha ela é que às vezes paga, a fatura do meu mau humor. E6

Por sua vez, a dor leva a pessoa idosa a não ter paciência, “Não tenho paciência porque às vezes tenho dor E3”, a dor faz com que a pessoa idosa fique triste, “Põe-me um bocadinho triste. Eu quero fazer alguma coisa e não posso E7”, a dor desmotiva a pessoa idosa, “às vezes quero fazer mais que aquilo que ... e a dor não me deixa. Fico desmotivada E3”. A dor faz a pessoa idosa questionar o sentido da sua própria vida, o porquê de tanto sofrimento, como diz a seguinte frase significativa, “faz-me pensar tanta coisa (...) Sei lá... o que é que eu estou cá a fazer...? E11”.

A dor interfere significativamente na vida da pessoa idosa, emergindo igualmente como categoria que a dor leva a pessoa idosa a deixar de fazer o que gosta, surgindo a subcategoria em que a pessoa idosa deixa de ir ao baile, como é exemplo a seguinte frase significativa, “Mas pronto deixei de ir ao baile porque eu não podia. E para estar ali sentada com dores horríveis deixei de ir E9”.

Outra categoria que emergiu, e a qual os enfermeiros devem estar especialmente atentos, é que a dor leva ao isolamento social. Segue um excerto de uma das entrevistas dos participantes,

Também não tenho grandes conversas com pessoas. (...) Porque as outras pessoas não têm nada a ver com a minha dor, nem com a minha má disposição, nem com o meu mau humor. (...) Eu sinto que me estou a isolar demasiado. (...) Podia olha, sair, ir passear (...) Não vou, apetece-me ficar em casa no meu canto. E6”

E porque a pessoa idosa é um ser que deve ser observado a nível biopsicossocial, coberto das crenças e valores que ao longo da sua vida adquiriu, emerge uma categoria, as crenças, com o surgir de apenas uma subcategoria, associar a dor a um castigo divino, de que é exemplo a seguinte frase, “isso à noite às vezes... porque é que um gajo sofre tanto... digo... “que mal fiz eu a Deus?” para sofrer tanto E10”.

As vivências traumáticas interferem na capacidade de a pessoa idosa cuidar de si. Desta categoria, emerge uma subcategoria, a recusa em utilizar canadianas para o apoio na marcha, por trauma vivenciado pela pessoa idosa, impedindo que a pessoa idosa utilize uma estratégia de alívio da sua dor, como se pode ver através do seguinte excerto de uma entrevista,

Já me aconselharam muletas, mas eu ainda não me atrevi a ir buscar muletas (...) porque eu tenho um trauma com as muletas. O meu pai foi operado muito cedo à cabeça do fémur, tinha 50 e poucos anos, de maneira que andou 30 anos de muletas praticamente. E o barulho da muleta é um barulho que me fere. (...) Não dá para pensar que tenho que usar muletas. E6

A dor crónica na pessoa idosa pode de igual modo provocar um sentimento de inutilidade. Nesta categoria, emergiram duas subcategorias, a pessoa idosa tem esse sentimento de inutilidade porque não consegue realizar as atividades de limpeza da sua casa, como é exemplo o excerto seguinte,

Olhe, gostava de poder fazer as coisas em casa... todas...que eu fazia antes. Eu sei que isso é impossível, porque eu fazia tudo em casa, pintava e tudo, os tetos, as casas, as portas, pintava tudo! Arranjava tudo! Esfregava o chão, encerava, eu fazia tudo e agora não faço nada E4.

Ou o familiar cuidador impede a pessoa idosa de realizar atividades domésticas que considere de risco, o que produz na pessoa idosa o sentimento de inutilidade, como podemos ver no seguinte excerto,

Eu não faço nada, o meu filho não me deixa fazer nada... Não me deixa, tem medo que eu caia (...) E ele então, não me deixa, não quer porque tem medo que eu tropece na pá ou na vassoura e que caia E4

A presença de comorbilidades também se evidenciou como categoria na análise das entrevistas, pois interfere também na capacidade de a pessoa idosa com dor crónica cuidar de Si. Desta categoria destacam-se cinco subcategorias. Uma diz respeito ao facto de a pessoa idosa com dor crónica e outras doenças associadas precisar de ajuda para a realização das ABVD, como se exemplifica através do seguinte excerto,

desde que tive o AVC, que não faço. Não dá para dobrar a perna nem para me dobrar. E calçar também não sou capaz de me calçar. Ele é que me tem que calçar todos os dias, as meias e as botas. E4

Igualmente emergiu, como subcategoria, a pessoa idosa sentir cansaço ao andar, o que a impede de fazer uma vida normal, mesmo que a dor esteja já controlada, como se observa na seguinte frase significativa, “Não tenho dores no andar, só que não consigo andar, fico cansado E8”. Também surgiu como subcategoria o facto de a pessoa idosa ter de andar de canadianas por ter partido um pé, e este acontecimento não só ter implicação na sua capacidade de cuidar de si, assim como na capacidade de gestão da sua dor, como demonstra a seguinte frase significativa, “agora tive o azar foi de partir o pé e andar de muletas. Porque eu acho que... é que faço força e doí-me E9”. A presença de comorbilidades também pode fazer com que a pessoa idosa fique intolerante e sem paciência, como se verifica no seguinte excerto de uma entrevista de um dos participantes, “quando venho fazer o tratamento, principalmente este grande, que é à 2ª feira... porque é três tratamentos, análises, consulta... E o primeiro tratamento do mês, que é o maior, fico com pouca paciência. Epá fico intolerante E8”. A última subcategoria a emergir diz respeito a uma realidade que a pessoa idosa possa estar a vivenciar num determinado momento, especificamente, não saber se o tratamento vai

melhorar a sua situação clínica, o que a faz viver na dúvida, dá-se, como exemplo, o seguinte excerto,

Já ando nisto, aqui a fazer tratamento, para aí há três meses, no mínimo, e não vejo grandes melhoras. Não sei se vai chegar a melhorar, se não vai, se vai piorar... isso, pronto eu não vou dizer que não interfere no meu pensar, nas coisas que tenho para fazer ou gostar de fazer. Eu sei que interfere, o que não sei é se vale a pena. (...) vamos lá ver... uma pessoa está a viver na dúvida. Porque eu não sei se vou melhorar. E10

A última categoria que descrevemos revela que a pessoa idosa aprende a cuidar de si, utilizando várias estratégias para atenuar os efeitos das suas doenças, incluindo da sua dor crónica. Desta categoria emergiram sete subcategorias, uma delas é a pessoa idosa adequar o ambiente físico da casa para promover o seu bem-estar, como é refletido através da seguinte frase significativa, “Eu tenho muito cuidado comigo, tenho uma cama articulada. E tudo isso eu faço em benefício do meu bem-estar. Pronto já aprendi a beneficiar-me um bocadinho com os bens essenciais na minha casa para não ter tantas dores E2”. Da mesma forma, a pessoa idosa deixar de fazer o trabalho de risco surge como subcategoria, aprendendo desta forma a cuidar de si, como se observa através da seguinte frase significativa, “Eu dantes é que pintava isto, mas agora já não vou lá para cima para o telhado, que eu não... (...) eu já faço 78 anos...tenho medo não venha cá esbarrar abaixo... antes quero pagar do que estar coiso E10”. Também constitui uma forma de cuidar de si quando a pessoa idosa utiliza máquinas para fazer os trabalhos mais pesados, “mesmo aqui na terra tenho um trator para isso, que eu não ando a cavar, não posso andar aí com a enxada E10”. Outra subcategoria concerne o facto de a pessoa idosa se manter ocupada durante o dia para se sentir bem, orientando e organizando as tarefas diárias, como se pode ver no seguinte excerto,

Eu tenho ali um género de uma oficina que é onde eu me entretenho, em que desmancho e arranjo e coiso e deito fora e coiso, gosto de estar assim. Não gosto de estar parado. (...) quando ando a fazer essas coisas ando mesmo bem. Eu tenho que orientar o serviço para não fazer tudo num dia. Porque se não no outro dia não tenho. E quando eu não tenho, tenho que inventar E10

Outra forma de ocupar o tempo livre é fazer exercício físico, cuidando de si, i.e., a pessoa idosa andar de bicicleta ou caminhar, como é exemplo o seguinte excerto,

Porque todos os dias, todos os dias antes de começar a estar frio eu levanto-me às 7 da manhã, vou de bicicleta faço uma hora de andar de bicicleta (...) Agora não vou que esta muito frio, e quando não é de bicicleta é a pé. E10

Uma outra forma de cuidar de si, que foi evidenciada na análise das entrevistas, surgindo como subcategoria, é recorrer à terapêutica prescrita em SOS para os efeitos secundários da quimioterapia, demonstrando que a pessoa idosa tem capacidade de gerir os sintomas assim como a medicação para os travar, como se observa no seguinte excerto,

Como, por exemplo, o vomitar, o que é que me acontecia mais... ah! A diarreia também, e apareceram-me aftas na boca. Mas agora com a continuação dos tratamentos essas coisas desapareceram (...) Tomava o SOS que o Dr. me receitou. Tinha a medicação para a diarreia, tinha para as aftas e tinha para os vómitos também. E5

A última subcategoria refere-se à pessoa idosa ter um seguro de saúde, promovendo uma gestão mais facilitadora para a gestão da sua saúde, tal como se pode ver através da seguinte frase significativa, “Eu tenho um seguro que se não fosse ele não podia ter feitos os tratamentos todos que tenho feito aí E10”.

Foram colocadas ainda aos participantes mais 3 questões: quais as estratégias não farmacológicas utilizadas pela pessoa idosa com dor crónica para gerir a sua dor; quais as preocupações apresentadas pela pessoa idosa após três meses da consulta de acolhimento no CMD; e como os profissionais de saúde do CMD poderiam ajudar melhor a pessoa idosa. Apresentamos a análise das respostas dos participantes para cada questão de forma sumária e diferenciada nos 3 seguintes quadros.

Quadro – Quais as estratégias não farmacológicas utilizadas pela pessoa idosa com dor crónica para gerir a sua dor	
Categoria	Subcategoria
Evitar o frio	Evitar sair à rua quando está frio. “Eu também me resguardo. Sabe que eu também não ando aí feita doida a apanhar estes frios (...) A mim ninguém me apanha com frios na rua.” E2
	No inverno não sair depois da 5h da tarde. “Eu chego de inverno o mais tardar 5h da tarde eu estou em casa já não saíu” E2
	Manter a temperatura da casa aquecida. “A temperatura em casa é sempre uma temperatura... que eu sei se andar nos frios eu pioro, portanto eu tenho esse... tenho muito cuidado comigo.” E2
	Andar na rua agasalhada. “Eu já sei o que é que eu me prejudico se eu andar na rua, se eu não andar agasalhada, (...) E por isso não faço.” E2
	Dormir em lençóis de lã merino. “e durmo no meio de lã, (...) eu não durmo em cima de lençóis, é de lã. Porque eu não posso dormir em cima de coisas frias. Se não, não durmo (...) Pronto comprei as coisas de lã merino, comecei de facto a sentir que ficava melhor.” E2
	Não tomar banho na praia. “Já não tomo banho na praia, nunca mais tomei banho na praia” E2
	Colocar a perna fora da cama para arrefecer. “Dá-me assim umas guinadas e depois fica aquela dor e então tenho de pôr a perna ao relento.” E4
	Colocar os pés de fora da cama. “Os pés muito quentes, muito quentes (...) venho para ali e ponho os pés de fora para arrefecer e tal... E10
Promover conforto	Ter um colchão adaptado. “E tenho um colchão adaptado a mim.” E2

Quadro – Quais as estratégias não farmacológicas utilizadas pela pessoa idosa com dor crónica para gerir a sua dor

Categoria	Subcategoria
Promover conforto	Ter uma cama articulada.
	“Tenho uma cama articulada (...) A cama articulada também é muito boa, porque ponho os pés e a cabeça á maneira que quero.” E2
	Utilizar calçado confortável.
	“Não posso usar sapatos altos. Pronto, uma coisa que eu gosto tanto, mas não posso. Quer dizer, aquelas coisas que eu sei que não posso, não faço.” E2
Adoção de comportamentos para evitar a dor	Evitar realizar tarefas que exijam agachar-se.
	“Não ando de cocaras a fazer as minhas limpezas. Porque sei se me levanto fico pior. Tenho a noção. Tenho uma senhora que me vem cá uma vez por semana.” E2
	Não pegar em pesos.
	“Tenho a lenha para pôr na lareira, não pego nisso, sei que fico pior. Tenho a noção daquilo que posso fazer e poupo-me.” E2
	Ficar sentada ou deitada bem acomodada.
	“Estou sem dor se estiver sentada, como estou agora ou deitada muito esticadinha, muito bem acomodada e bem sentada, não tenho dor muito elevada” E6
Utilização de medidas de alívio da dor	Usar almofadas baixas.
	As dores que me fazem acordar, é a dormência nos braços, ao fim ao cabo. (...) E um dia destes fui buscar a minha velhinha (almofada) que é baixinha, baixinha, e melhorou ali um bocadinho” E6
	Aplicar calor húmido.
	“Ponho o saquinho de água quente” E2
	Aplicar gelo.
	“Eu quando chego a casa à noite, eu ponho gelo” E11
	Fazer termas.
	“Eu faço termas” E2
	Deitar-se.
	“deito-me” E9
	Esfregar com álcool na região dolorosa.
	- Eu custo-mo às vezes esfregar-me com álcool.” E9
	Esfregar o dedo do pé que lhe dói.
	“O problema é aqui o dedo deste pé o grande é que me dá umas... o gajo está mesmo desalmado, esfrego, esfrego... enquanto estou a esfregar estou bem, mas depois fico na mesma” E10
	Aplicar gel refrescante para tendões de cavalo e pónei (fouganza).
	“Eu quando chego a casa à noite, eu ponho ... eu fui comprar um coiso de....de gel...dizem que é para os cavalos...” E11
Realização de exercício físico regular	Ginástica.
	“Eu também faço a ginástica” E2
	Hidroterapia.
	“E faço a hidroterapia (...) mas isto tem me ajudado muito.” E2
	Caminhadas livres.
	“E gosto muito de andar de fazer caminhadas” E2
Realização de terapias não convencionais	Ventosaterapia.
	“Eu até fui a um chinês a fazer aqueles coisos com os copos e calor” E2

Quadro – Quais as estratégias não farmacológicas utilizadas pela pessoa idosa com dor crónica para gerir a sua dor

Categoria	Subcategoria
Recorrer a Distração	Sair de casa. “Onde é que vais? Não me digas nada, estou cheia de dores, não me digas nada. Deixa-me ir, deixa-me ir, vou para aqui, vou para ali, para acolá. (...)” E2
	Ouvir música e dançar. “Às vezes oiço, aquele cantor brasileiro, o Roberto Leal, esse assim ou o Quim Barreiros têm aquelas músicas e então eu começo assim a dançar um bocadinho para fazer ginástica nas pernas.” E7
	Fazer passeios e evitar ir para cama. “Metia-me na camionete, apanhava o barco e ia até ao terreiro do paço, sentava-me, parava, sentava-me, ficava parada, mas não me entregava, não me metia na cama. (...) As dores são as mesmas estando deitada ou de pé, pelo menos vejo outras caras e não estou a pensar assim na dor. (...) vinha com uma capacidade melhor de encarar a minha casa, a minha vida mesmo com a dor, do que estando na cama.” E2
	Falar com outras pessoas para não pensar na dor. “Vou me embora, tomo os comprimidos e vou para a rua. Passado um bocado já venho melhor, venho melhor quer dizer, já tomei os comprimidos, mas falei com esta, com aquela, com aquela, com aquela e não pensei na dor.” E2
Recurso à Mentaliza- ção	Manter a cabeça ocupada com atividades da casa ou ver TV. “ocupando com qualquer coisa mais, fazendo alguma coisa na casa, vendo um bocado de televisão que me ocupa um pouco a cabeça, programas que eu gosto.” E6
	Pensar que a dor não a derruba. “A dor a mim não me derruba. Porque eu vou ser mais teimosa que ela.” E2
	Pensar que não tem dor, liberta-a. “eu acho que deve ser assim um bocadinho mais psicológico, que deve fazer com que eu me liberte, de que estou com dores e tenho que fazer, tenho que andar, portanto, não vale a pena pensar nas dores.” E6
	Pensar que amanhã as coisas melhoram. “hoje ainda não fez o efeito que devia, ou o meu organismo ainda não está a aceitar, pode ser que amanhã as coisas melhorem” E6
	Ter força de vontade para ficar melhor “Tenho uma vizinha com quem eu desabafo, não é... “olhe veja lá o que me havia de ter acontecido” ... e ela diz isso vai melhorando, a senhora tem muita força de vontade, pois é eu tenho.” E tenho!” E1
	Pensar que é resistente à dor. “Não porque eu sou muito resistente à dor. (...) Habituei-me à dor.” E3
	Considerar-se uma pessoa forte “sou uma pessoa forte” E9
	Gostar de viver “Eu gosto muito de viver. Eu gosto muito de viver” E9
	Pensar que a dor tipo moinha já não lhe importa. “Está aquela moinha, mas como eu já estou habituado a esta dor... não me importa...” E11

Quadro – Preocupações apresentadas pela pessoa idosa após três meses da consulta de acolhimento no CMD

Categoria	Subcategoria
Dor	Identificação de dor noutra local.
	“Agora o que me está a preocupar (...) é esta perna, tenho isto aqui na perna, isto dói-me tanto, tanto, tanto (...) é uma variz.” E2
	Ter vários sítios com dor. “Há uns anos que falo, que as minhas dores andam. (...) Quando não é aqui é ali, quando não é nas costas é no início das costas, dói-me a anca do lado esquerdo, quando não é do lado esquerdo é do direito, eu tenho dor sempre em qualquer lado. Depois apanha-me os joelhos também...” E6
Manutenção da Dor já identificada embora diminuída	Dor em local já identificado, mas de menor intensidade. “Estou muito melhor. (...) Ela não me apanha o pé. Apanha-me só até ao joelho. Nunca mais me passou do joelho para baixo.” E1
	Dúvidas na eficácia da medicação “tomo o comprimido e não me sinto que aquela dor diminua com a medicação. E isso leva-me a crer, leva-me a achar que a medicação não será, porque eu acho que deveria ter um bocado sem dor, um tempo sem dor.” E6
	Alteração da cor e textura da pele no local onde já tinha sido identificada a dor. “Mas nesta perna, não posso dobrar mais do que isto. Aqui em baixo ao pé do tornozelo, está a ficar escuro, muito escuro (...) Aqui apareceu-me estas manchas, que de vez em quando dá-me umas picadas, uma dor, umas picadas boas... (...) E aqui, está a ver... começa a aparecer a pele, parece lixa, muito áspera” E8
	Diminuição da força. “Há praticamente 4, 5 meses, (...) apareceu-me isto e tirou-me mais de metade das forças” E7
Alterações das capacidades	Ter muitas quedas por falta de equilíbrio. “eu fiquei com falta de equilíbrio por causa das operações. (...) É verdade, mesmo assim as vezes estou a andar e parece que estou a andar para trás. Tonturas não tenho, caiu é muito. Antes de partir o pé, sabe lá as vezes que eu caí” E9
	Sinais e sintomas gastrointestinais. “O palexia estava-me a fazer... vomitava agora ultimamente.” E2
Preocupação com efeitos adversos da medicação	Sinais e sintomas do sistema urinário. “O que eu noto assim mais é durante a noite levanto-me 2 a 3 vezes para ir urinar e eu já tolerei mais a bexiga, está a perceber? (...) mais vezes, menos quantidade. (associa à pregabalina) (...) mas também pode ser do tratamento que estou a fazer, da quimioterapia, também pode ajudar não é, pode acontecer... pode ser as duas coisas...” E5
	Aumento do apetite e aumento do peso. “Disse que estava a engordar e ao mesmo tempo tinha fome com este, fome... fome passo eu, se não estava aqui que nem uma baleia” E1
Medo da dor	Receio de Sofrer “Se tiver que morrer, morro. É o meu destino. Eu não quero é sofrer muito.” E2
	Leva ao desejo de morrer “o que é que eu ando aqui a fazer? Porque é que Deus não me acolhe?” E4
Subdesvalorização da dor	Sentimentos de culpabilização vivenciados pela pessoa idosa “Tenho impressão que estou a servir de empecilho, graças a deus que o meu filho nunca mostrou mau modo nem nada, mas eu é que tenho aquela impressão de que estou a fazer peso que ele não sai daqui” E4
	Esconder a dor. “Quem me vê em casa e me vê na rua, pensa... “esta menina está ali a fazer charminho”. Porque na rua parece que não tenho nada. (...) Em casa ando ali com aquele passinho mais complicado, tenho mais dor.” E6

Quadro – Preocupações apresentadas pela pessoa idosa após três meses da consulta de acolhimento no CMD

Categoria	Subcategoria
Subdesvalorização da dor	Familiares confundem dor com preguiça. “Há não fazes porque não queres. Ela é preguiçosa (...) é triste sabe, é muito triste. (...) E a dor a moer...” E2
	Tristeza por serem apelidadas de hipocondríacas. “Eu tinha aí um primo que me chamava hipocondríaca” E2
	Descrença na dor da pessoa idosa “Sabe o que também custa muito? É a gente estar numa casa de família, estar no trabalho e chamarem-nos preguiçosas e não entenderem a dor que a gente tem” E2
	Dever de tomar a medicação prescrita vs. medo dos seus efeitos adversos.
Sentimentos contraditórios	“Só tenho pena que aquele comprimido não esteja a dar bem, só isso que eu tenho pena. Porque eu gostava de tomar, podia ajudar-me. Esse médico receitou-me porque era bom para mim, mas está-me a fazer contraindicações. Não sei se era psicológico da minha cabeça, se é mesmo”. E7
Manter-se como recurso	A pessoa idosa quer manter-se bem para poder cuidar de outrem “Eu também tenho muita força de vontade de viver, de ver se melhoro por causa do meu marido, como a Sra. En ^{ra} sabe. Porque ele... pronto eu sou tudo. Ele depende de mim para tudo.” E1
Consultas no CMD	Não saber quando é a consulta no CMD. “eu não sei se já lá vou à dor... lá a consulta. Eu acho que sim.” E9

Quadro – Como os profissionais de saúde do CMD poderiam ajudar melhor a pessoa idosa

Categoria	Subcategoria
Consultas no CMD	Diminuir o tempo de espera para a realização das consultas no CMD. “Eu acho que nós para chegarmos à unidade de dor é um tempo infinito. E2”
	Diminuir a burocracia entre médico de família e médicos do CMD. “E nós temos que estar à espera de uma consulta do médico de família, e depois ter que estar à espera que a médica de família mande para o hospital e depois ter que estar à espera mais oito ou sete meses de uma consulta até chegar lá é de uma pessoa perder a cabeça. E2”
	Diminuir o espaçamento entre consultas do CMD “Eu acho que as consultas estão muito espaçadas. Porque, não é? Desde que eu vim cá... agora só venho em maio... e foi em novembro que vim cá...novembro, dezembro, janeiro, fevereiro, março, abril, maio. Eu acho que deveriam ser menos espaçadas. E3”
	Aumento de profissionais / espaço / capacidade de atendimento. “O Estado ganhava mais se vos desse maior expansão, com pessoas habilitadas é claro, lá são, não resta a menor dúvida. E2”
Controlo da dor	Alívio total da dor. “Olhe, eu não ter as dores... isso é que... se eu não tivesse as dores, era a mulher mais feliz deste mundo... E4” Criação de medicamentos mais eficazes. “Talvez com um medicamento melhor. E1”.
Recuperação da doença	Desejo de cura para a dor “Queria ser era curado. E10”.

ANEXOS

ANEXO I

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DAS CT
PROGRAMADAS**

Consentimento Informado

Título do projeto: *Consulta telefónica preventiva na unidade dor: Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa*

Equipa de projeto: Prof^a Idalina Gomes,

Finalidade: Melhorar a gestão da dor, promover o nível de bem-estar e prosseguir com o projeto de vida e cuidado de Si na pessoa idosa com dor crónica através de uma consulta telefónica de enfermagem, na Unidade Dor do Hospital

Procedimento: Após a primeira consulta na unidade dor será contactado telefonicamente com regularidade por um período de 6 meses. Este contacto será realizado por uma enfermeira do serviço, cujo nome consta no guia de acolhimento e no guia terapêutico entregues nessa consulta. Poderão ser utilizados questionários e escalas para a avaliação da dor, do bem-estar e adesão terapêutica. Será sempre previamente combinado a data e hora do telefonema de acordo com a sua disponibilidade. Prevemos que a consulta telefónica de enfermagem terá a duração média de 10 a 15 minutos, podendo ser alargada se o considerar necessário.

Riscos: Não existem riscos físicos ou outros riscos conhecidos para os que participam neste projecto. Não são utilizadas técnicas invasivas.

Benefícios: Os participantes neste projecto recebem acompanhamento telefónico de enfermagem no que diz respeito à avaliação e gestão da dor crónica pela qual foi encaminhado para a consulta da Unidade Dor.

Participação voluntária: Eu compreendo que a minha participação neste projecto é de minha escolha, e tenho o direito a recusar a minha participação em qualquer momento no referido estudo.

Confidencialidade e anonimato: A informação obtida nos referidos instrumentos (dados e respostas) será tratada de forma confidencial, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais nº 67/98 de 26 de Outubro.

Consentimento para a participação no projecto

Declaro ter compreendido a informação que me foi dada sobre a natureza do projeto e forma de funcionamento do mesmo, tendo sido esclarecido(a) sobre os aspetos que considero importantes. Fui informado(a) que tenho o direito a recusar a minha participação em qualquer momento no referido estudo. Compreendo os procedimentos a realizar, pelo que consinto participar voluntariamente neste estudo.

Almada, 25/10/2019

Assinatura do Participante

Almada, 25/10/2019

Assinatura do membro da equipa do projecto

Ana Almeida

ANEXO II

**A SCRIPT FOR NURSING INTERVENTION ON ELDERLY PEOPLE
WITH CHRONIC PAIN BY TELEPHONE CONSULTATION**

A SCRIPT FOR NURSING INTERVENTION ON ELDERLY PEOPLE WITH CHRONIC PAIN BY TELEPHONE CONSULTATION

Table 1. Phase 1 - Preparation of TC.

-
- Patient process consultation (reading data collected at 1st and subsequent consultations)
 - Ensure agreement was reached with the patient at the first face-to-face consultation on consent to the consultation and the assessment tools to be used
 - Ensure yourself-availability
 - Protecting patient confidentiality and privacy in telephone consultations
-

Table 2. Phase 2 - Start of TC.

Step 1 - Engagement

- The nursing introduces himself to the patient, telling him/her his name, place of work, and communicates the purpose of the consultation. In addition, the nurse recalls the agreement established with the patient in the face-to-face consultation and summarizes the main points of the last meeting/consultation

Examples of questions for the nurse proceeding with the TC are the following:

- *Are Mrs. X / Mr. Y available to talk?*
 - *Do you have the therapeutic guide and the assessment tools (the Brief Pain Inventory, pain rating scale) delivered to you and explained at the CMDD in-person consultation?*
-

Table 3. Phase 3 - Development of TC.

Step 1 - Understanding, evaluate, and guide

Examples of questions for this step are the following:

- *Tell me how have you been?*
 - *Thinking back over the last week, how has pain affected your daily life? (welfare, mood, sleep, walking, socializing, ...)*
 - *How do you perceive the cause of your pain?*
 - *Do you take the medication regularly?*
 - *What medication are you taking and how do you do it?*
 - *Does medication relieve pain? How long do you have not pain?*
 - *Since taking pain medication have you experienced any changes (or side effects)?*
 - *Since the last time we spoke, what can you do best in your daily life?*
-

Step 2 - Commitments, to capacitate or to enable

Examples of questions for this step are the following:

- *Among all your problems you told me, which of them worries you the most?*
 - *How can I help you?*
-

Step 3 - Validation of strategies and commitments

Examples of questions for this step (*to clarify and explain, if necessary*) are the following:

- *If I understood what you told me, does you ...?*
 - *Would you mind to repeat the information I gave you?*
-

Table 4. Phase 4 - Conclusion of TC.

Examples of questions for this phase are the following:

- *Do you have other questions for me?*
- *Was this conversation important to you? Why?*

After this, the nurse recalls the next consultation date as well as the assessment tools and therapeutic guide that patient must have during the next TC. Finally, the nurse says goodbye and shows its availability if the elderly needs help

Fonte: Gomes (2020, p. 215 e 216)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gomes I.D; Mela M.; Guerreiro D.; Lopes M., Gomes B. (2020). A Script for Nursing Intervention on Elderly People with Chronic Pain by Telephone Consultation. In: García-Alonso J., Fonseca C. (eds) Gerontechnology. IWOG 2019. Communications in Computer and Information Science, vol 1185. (pp. 203-218) Springer, Cham. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-41494-8>